

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Anna Dražilová

Poruchy příjmu potravy u mladých mužů

Eating disorders in young men

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za laskavé vedení a přínosné podněty, zejména při realizaci praktické části práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Aleně Dufkové za odbornou pomoc s překladem použitých dotazníků a Mgr. Markétě Zikmundové, Ph.D. za trpělivost při konzultacích týkajících se statistického zpracování dat.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Kozojedech dne 12.4.2020

.....

Anna Dražilová

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem poruch příjmu potravy u mladých mužů. V literárně přehledové části práce jsou shrnuty dosavadní poznatky týkající se poruch příjmu potravy u této populace. Rozebírány jsou poruchy příjmu potravy zařazené v DSM – 5. Práce se věnuje také ortorexii nervose a muskulární dysmorfii. Samostatná kapitola se věnuje body image u mužů a její souvislosti s poruchami příjmu potravy. Závěrečná kapitola literárně přehledové části se zabývá možnostmi diagnostiky a terapie poruch příjmu potravy.

Empirickou část práce tvoří kvantitativní výzkum provedený na vzorku 164 mužů ve věku 18–30 let. Provedeno bylo dotazníkové šetření. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byla zjištěna signifikantní korelace mezi symptomatologií poruch příjmu potravy a muskulární dysmorfie, dále mezi Body Mass Indexem a symptomy poruch příjmu potravy i muskulární dysmorfie. Při analýze dat byla nalezena pozitivní korelace mezi vyšší symptomatologií poruch příjmu potravy a nespokojeností s mírou tělesného tuku. Mezi symptomatologií poruch příjmu potravy a nespokojeností s mírou svalnatosti nebyl nalezen signifikantní vztah. Zjištěna byla signifikantní korelace mezi vypočítaným Body Mass Indexem a nespokojeností s mírou tělesného tuku a mezi Body Mass Indexem a nespokojeností s mírou svalnatosti. První z těchto korelací byla pozitivní, druhá negativní.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy u mužů, anorexie nervosa, bulimie nervosa, binge eating disorder, muskulární dysmorfie, ortorexie nervosa

Abstract

The diploma thesis is focusing on the topic of eating disorders in young men. The literature review summarizes the current information concerning eating disorders in this population. Eating and feeding disorders included in DSM - 5 are described. The thesis also focuses on orthorexia nervosa and muscle dysmorphia. A separate chapter deals with body image in men and its connection to eating disorders. The final chapter of the literary review section is focused on the possibilities of diagnostics and therapy.

The empirical part of the work consists of a quantitative research conducted on a sample of 164 men aged 18–30 years. A questionnaire survey was carried out. Using Spearman's correlation coefficient, a significant correlation was found between the symptomatology of eating disorders and muscle dysmorphia. There was also a significant correlation between Body Mass Index and the symptoms of eating disorders and also between BMI and muscular dysmorphia. Data analysis revealed a positive correlation between the higher symptomatology of eating disorders and dissatisfaction with the amount of body fat. No significant relationship was found between the symptomatology of eating disorders and dissatisfaction with muscle mass. There was a significant correlation between Body Mass Index and dissatisfaction with the amount of body fat as well as between Body Mass Index and dissatisfaction with muscle mass. The first correlation was positive, while the second one was negative.

Keywords

Eating disorders in men, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, muscle dysmorphia, orthorexia nervosa

Obsah

Úvod	8
Literárně přehledová část.....	10
1. Úvod do problematiky poruch příjmu potravy.....	10
1.1 Epidemiologie	10
1.2 Etiologie a rizikové faktory.....	14
1.2.1 Biologické faktory	14
1.2.2 Psychologické faktory	15
1.2.3 Sociokulturní faktory	16
1.3 Komorbidita s jinými onemocněními	17
2. Vymezení poruch příjmu potravy a jejich specifík u mladých mužů.....	19
2.1 Anorexie nervosa.....	19
2.2 Bulimie nervosa.....	21
2.3 Binge eating disorder	24
2.4 OSFED, Pica, Avoidant/Restrictive disorder, Rumination disorder	25
2.5 Ortorexie nervosa	26
3. Body Image a nespokojenost s vlastním tělem	29
3.1 Muskulární dysmorfie.....	32
4. Diagnostika a terapie poruch příjmu potravy.....	35
4.1 Možnosti diagnostiky poruch příjmu potravy u mužů.....	35
4.1.1 Další metody k diagnostice PPP	37
4.2 Terapie poruch příjmu potravy.....	39
Výzkumná část.....	44
5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky	45
6. Design výzkumného projektu.....	47
6.1 Typ výzkumu.....	47
6.2 Metody získávání dat a sběr dat	47

6.2.1 Sociodemografický dotazník	48
6.2.2 Eating Disorder Examination Questionnaire.....	49
6.2.3 Muscle Dysmorphia Inventory	50
6.2.4 Bodybuilder Image Grid.....	51
6.3 Metody zpracování a analýzy dat	52
6.4 Etika výzkumu.....	52
7. Výzkumný soubor	54
8. Výsledky	58
8.1 Výsledky jednotlivých dotazníkových metod.....	58
8.2 Výsledky kvantitativní analýzy dat	63
9. Diskuse.....	65
Závěr.....	72
Seznam použité literatury	74
Seznam grafů	87
Seznam tabulek	88
Seznam zkratk	89
Příloha 1: Úvodní informace k dotazníkům.....	I
Příloha 2: Sociodemografický dotazník	II
Příloha 3: Eating Disorder Examination Questionnaire	IV
Příloha 4: Muscle Dysmorphia Inventory	X
Příloha 5: Bodybuilder Image Grid.....	XIV
Příloha 6: Závěrečné otázky	XV
Příloha 7: Pohybové a sportovní aktivity	XVI
Příloha 8: Výsledky korelační analýzy (Jamovi)	XVIII

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou pojmem, jenž je v určité míře srozumitelný, jak pro odborníky, tak pro laiky. S rozšířením popularity sociálních médií se informace o těchto poruchách stávají dostupnějšími, avšak i přes dostupnost informací jsou poruchy příjmu potravy často bagatelizovány či nesprávně považovány za svobodnou volbu jedince. Poruchy příjmu potravy jsou také chybně interpretovány jako ženské onemocnění a muži, u nichž se tyto poruchy objeví, jsou společností stigmatizováni.

Poruchy příjmu potravy u mužů, jejich výzkum, diagnostika a terapie byly dlouho opomíjeny i odborníky, a proto budou právě ony předmětem této diplomové práce. V odborné literatuře se dnes obvykle uvádí, že pět až deset procent všech případů poruch příjmu potravy tvoří muži (Murray et al., 2017), avšak skutečné procento mužů s poruchami příjmu potravy (dále „PPP“) může být vyšší, jelikož nejsou k dispozici diagnostické nástroje s ověřenými psychometrickými kvalitami vyvinuté pro mužskou populaci. Zdá se, že u mužské populace mají PPP specifické projevy, které klasické nástroje standardizované na ženských vzorcích nezachycují. Mužský ideál krásy se totiž liší od ideálu ženského. Muži touží po svalnaté, sportovní postavě, s čímž jsou spojeny specifické kognitivní a behaviorální projevy spojované zejména s muskulární dysmorfii (dále „MD“) (Schaefer et al., 2018). Cílem diplomové práce je tedy rozšířit povědomí o klasických, ale také o novějších poruchách příjmu potravy u mužů, poněvadž toto téma je v tuzemsku stále upozaděno. Jak vyplývá z názvu práce, budeme se zabývat mladými muži. V mladé dospělosti se totiž PPP u mužů rozvíjejí, a proto právě na této populaci bylo provedeno pro stávající práci nejvíce relevantních výzkumů.

První kapitola se zaměří na úvod do problematiky poruch příjmu potravy s důrazem na informace relevantní pro mužskou populaci. Zabývat se budeme epidemiologií a rizikovými faktory pro rozvoj PPP. Zmíněna bude komorbidita s dalšími onemocněními. Druhá kapitola představí jednotlivé poruchy příjmu potravy s přihlédnutím ke klasifikaci uvedené v páté revizi Diagnostického a statistického manuálu (dále „DSM – 5“). V této kapitole se seznámíme také s novější poruchou nazvanou ortorexie nervosa (dále „ON“), která není zařazena v oficiálních diagnostických manuálech, ale zdá se být pro mužskou populaci relevantní. U každé z popisovaných PPP bude porovnán klinický obraz dané poruchy u mužů a žen. Ve třetí kapitole se zaměříme na body image, mužský ideál krásy a s ním spojenou nespokojenost s tělem. Samostatná podkapitola se bude zabývat muskulární dysmorfii, protože ta se u mužů vyskytuje velice často. Pátá kapitola se bude zabývat problematikou diagnostiky a terapie PPP u mužů.

Empirickou část práce tvoří kvantitativní výzkumný projekt, jenž se zaměřil na zjišťování přítomnosti symptomů poruch příjmu potravy, muskulární dysmorfie a nespokojenosti s vlastním tělem u mladých mužů ve věku mezi 18 a 30 lety. Zároveň byly za použití korelační analýzy zkoumány souvislosti mezi symptomy jednotlivých poruch.

V literárně přehledové části jsou uvedeny relevantní studie vydané převážně v zahraničí, jelikož v České republice není doposud toto téma příliš prozkoumáno. Práce se bude opírat zejména o klasifikaci DSM - 5, protože ji využívají i výzkumníci v citovaných studiích, a navíc i nástroje využívané v empirické části této práce vytvářeli jejich autoři v souladu s kritérii uvedenými v této klasifikaci. DSM - 5 také rozlišuje Binge Eating Disorder (dále „BED“), jejíž symptomy se u mužů jeví jako podstatné. Tato porucha se v současné desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále „MKN“) nevyskytuje. V této verzi manuálu byla také upravena diagnostická kritéria poruch příjmu potravy umožňující přidělení diagnózy mužům. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Úvod do problematiky poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy tvoří heterogenní skupinu onemocnění. Tyto poruchy signifikantně ovlivňují fyzické zdraví jedince i jeho psychosociální adaptaci, avšak vývoj, klinický obraz i následky jsou u každé poruchy, ba dokonce u každého jedince, unikátní (Chaulet, Riquin, Avarello, Malka, & Duverger, 2018). Vznik těchto poruch může ovlivnit mnoho různorodých rizikových faktorů. Stejně tak je velice individuální věk nástupu PPP. Považujeme proto za vhodné v této kapitole nejprve pohovořit o etiologii a epidemiologii PPP, a to zejména proto, že některé údaje se mezi pohlavími signifikantně liší. Následně budou rozebrány samotné rizikové faktory přispívající ke vzniku PPP. V závěru kapitoly se pak zmíníme o komorbiditách PPP s jinými onemocněními.

1.1 Epidemiologie

Incidence a prevalence

V posledních desetiletích se zvyšuje počet hospitalizací pro poruchy příjmu potravy. V tuzemsku tento trend dokumentovala Papežová (2010), která si tuto skutečnost spojuje s politickými a sociálními změnami. Pokud se podíváme na nejzkoumanější poruchu příjmu potravy, tedy na anorexii nervosu, zjistíme, že National Eating Disorders Association (dále „NEDA“) (n.d.- a), tedy největší nezisková organizace pro pomoc pacientům s PPP a jejich rodinám v USA uvádí, že během života 0,3 – 0,4 % žen a 0,1 % mužů trpí anorexií nervosou (dále „AN“). Uváděná procenta se ovšem liší podle užitých diagnostických kritérií. Pokud jsou užívána přísná diagnostická kritéria, a tedy pokud musí být přítomny všechny symptomy AN, je prevalence a incidence v populaci nižší (Papežová, 2010). Incidence AN, tedy počet nových případů v populaci za určitou dobu na určitý počet obyvatel, zůstává relativně stabilní s výjimkou rizikové skupiny adolescentů mezi 15–19 lety (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). Francouzská studie z roku 2018 si nárůst počtu nemocných v této věkové skupině vysvětluje lepším proškolením praktických lékařů a rodičů, a tedy včasnější identifikací výskytu AN u adolescentů, ale také tím, že se nyní v praxi zohledňují i subklinické a atypické formy poruch. Dle této studie se AN rozvíjí v tomto období hlavně u dívek a ve Francii můžeme sledovat devět případů výskytu AN v tomto věku u dívek ku jednomu případu u chlapců (Chaulet et al., 2018).

Standardně se uvádí, že muži tvoří 5–10 % všech případů anorexie nervosy, avšak například Mond, Mitchison a Hay (2014) ve své studii tvrdí, že muži tvoří až 25 % případů.

Jestliže je problematické uvést prevalenci a incidenci u AN, pak se číselné vyjádření počtu případů bulimie nervosy (dále „BN“) u mužů jeví jako téměř nemožné. Bulimií nervosou se totiž zabývalo výrazně méně epidemiologických studií, protože tato diagnóza se začala v praxi využívat mnohem později (Krch, 1999). Sminková et al. (2012) ve své práci sdělují, že incidence BN od 90. let mírně klesla. Jako příklad uvádějí Nizozemí a Velkou Británii, kde mezi léty 1985–1989 a 1995–1999 klesla incidence z 8,6/100 000 na 6,1, respektive z 12,2 na 6,6 případů na 100 000 lidí. NEDA (n.d. - a) podotýká, že za použití přísnějších diagnostických kritérií se životní prevalence BN pohybuje kolem 1 % u žen a 0,1 % u mužů. Thapliyalová, Contiová, Bandara a Hayová (2020) tvrdí, že u žen se BN vyskytuje oproti mužům více, konkrétně v poměru 3:1. Zmiňovaná francouzská studie uvádí prevalenci v populaci studentů mezi 1–3 % (Chaulet et al., 2018). Dle studie Núñez-Navarrové et al. (2012) tvoří muži 10–15 % případů bulimie nervosy.

Co se týče binge eating disorder a ostatních neboli jinak specifikovaných poruch příjmu potravy, setkáváme se opět s absencí číselných údajů a s minimálním počtem studií zkoumajících toto téma, a to jak u mužů, tak u žen. U diagnostické jednotky „Other Specified Feeding or Eating Disorder (dále „OSFED“) je navíc obtížné údaje porovnávat, jelikož každá studie operacionalizovala tyto poruchy jinak (Smink et al., 2012). Již zmíněná studie Núñez-Navarrové et al. (2012) informuje, že BED se u mužů vyskytuje velice často a že muži tvoří až 40 % všech případů. Kellyová, Cotterová, Tanofsky – Kraffová a Mazzeová (2015) ve své studii uvádějí, že pouze 2–3 % dospělých jedinců splní kritéria pro diagnózu BED, avšak subklinické formy této poruchy jsou mnohem častější. Zhruba 8 % dospělých mužů a 10 % dospělých žen se oddává binge eating neboli záchvatovitému přejídání alespoň jedenkrát týdně. Hudson, Hiripiová, Pope a Kessler (2007) dokonce tvrdí, že binge eating je u mužů stejně časté jako u žen. Thapliyalová et al. (2020) pak za nevýznamný považují i rozdíl v prevalenci u diagnostické jednotky OSFED, kde uvádějí poměr výskytu 1,2 (ženy) ku 1 (muži).

Zajímavé mohou být také nálezy týkající se ortorexie nervosy, která není oficiálně zakotvena v žádném z diagnostických manuálů, avšak dostává se jí čím dál více pozornosti. Studie zabývající se ortorexií totiž nalézají stejné či dokonce vyšší procento výskytu ortorexie nervosy u mužů (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2004; Brytek – Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle, & Hay, 2015). Vzhledem k novosti konceptu ortorexie nejsou známa procenta jejího výskytu. Obdobně se jeví situace u muskulární dysmorfie. Zde ovšem

máme o něco přesnější údaje. Například Mosley (2009) ve své studii píše, že až 10 % bodybuilderů vykazuje symptomy, jejichž přítomnost signalizuje výskyt muskulární dysmorfie. Tod, Edwards a Cranswick (2016) ve své studii píší, že v Británii touto poruchou trpí 0,7 % populace, převážně té mužské a Hughesová, Deanová a Sabura Allen (2016) dokonce tvrdí, že počet případů MD u mužů je srovnatelný s počtem případů AN u žen.

Jak již bylo zmíněno výše, údaje týkající se prevalence a incidence PPP nejsou jednotné. Liší se dle použitých diagnostických kritérií i nástrojů. Problematika diagnostických nástrojů bude rozebrána v samostatné kapitole, protože se zdá, že nevhodnost nástrojů značně ovlivňuje diagnostiku mužů s PPP. S tím souvisí téma subklinických forem onemocnění, které se u mužů objevují často, avšak ne vždy jsou odborníky zachyceny a залечены (Wyssen, Bryjova, Meyer, & Munsch, 2016). Poruchy příjmu potravy byly také velmi dlouho považovány za výhradně ženskou nemoc, proto je i většina studií provedena na vzorcích ženských, v lepším případě na vzorcích smíšených. Tento přístup k PPP jako k ženskému onemocnění často způsobuje bagatelizaci mužských obtíží. Muži ani jejich okolí totiž výskyt „ženského onemocnění“ u své osoby neočekávají a příznaků onemocnění si tak nemusí všimnout (Gadalla, 2009). Od vyhledání odborné pomoci může muže odradit také přetrvávající stigmatizace spojená s PPP. I když si muži uvědomí, že mají problém, mnohdy pomoc nevyhledají kvůli prožitkům studu (O’Dea & Abraham, 2002). Procento mužů majících nějakou formu PPP tedy může být výrazně vyšší, než se domníváme. Například Siegel a Sawyerová (2019) dokonce předpokládají, že muži mohou tvořit 25–33 % všech případů PPP.

Věk nástupu poruch příjmu potravy

Věk nástupu anorexie nervosy se pohybuje průměrně kolem 17. roku. Existují však dva vrcholy nástupu, jeden kolem 13 až 14 let, druhý pak kolem 18. roku v době osamostatňování se od rodiny. AN se však vyskytuje i v tzv. prepubertální formě, u níž je reportováno značné procento výskytu u chlapců. Bulimie nervosa se průměrně objevuje později než AN a to zhruba kolem 19.–20. roku. BED pak obvykle vzniká krátce po 20. roce života (Chaulet et al., 2018).

V předchozím odstavci byl uveden obecně přijímaný průměrný věk nástupu poruch příjmu potravy. U chlapců se ovšem předpokládá pozdější nástup PPP. O’Deaová a Abrahamová (2002) konkrétně považují za průměrný věk nástupu klasických poruch příjmu potravy (AN, BN a dnes již i BED) u mužů 20,6 let v porovnání s věkem 17,2 let u dívek. Ortorexie nervosa pak vzniká, jak u mužů, tak u žen v adolescenci či v mladé dospělosti poté,

co dojde k osamostatnění od rodiny a jedinec sám zodpovídá za své stravovací návyky (Kesby, Maguire, Brownlow, & Grisham, 2017).

V případě muskulární dysmorfie se setkáváme s různorodými údaji. Murray et al. (2012) například nalézají shodu mezi počátkem AN a MD v polovině adolescence. Tod et al. (2016) pak na základě rešerše literatury zjistili, že participanti mužského pohlaví obvykle reportují začátek manifestace symptomů v průměru v 19,5 letech.

Mortalita

Poruchy příjmu potravy jsou spojovány s rostoucí mortalitou. Nejvíce úmrtí je spojováno s anorexií nervosou, která byla také v souvislosti s tímto tématem zkoumána nejčastěji. Suokas et al. (2013) ve své longitudinální studii provedené na 2450 pacientech zjišťují, že riziko smrti je pro anorexiu nervosu nejvyšší v prvním roce po hospitalizaci a následně klesá, zatímco u BN se riziko smrti zvyšuje po dvou letech od první hospitalizace. U obou diagnóz bylo zvýšeno také riziko sebevraždy.

Sminková et al. (2012) informují, že standardizovaná úmrtnost pro AN je 5,1 úmrtí na 1000 lidí za rok. Jeden z pěti lidí s anorexií pak spáchá sebevraždu. V případě bulimie odkazují autoři na metaanalýzu 12 studií zjišťujících standardizovanou úmrtnost, z níž vyplývá, že úmrtnost pro bulimii je 1,74 úmrtí na 1000 osob. V případě ostatních (OSFED) PPP byla na základě analýzy studií zjištěna úmrtnost 3,31 na 1000 osob. Co se ortorexie nervosy týče, opět se setkáváme s absencí dat týkajících se mortality, avšak v literatuře se setkáváme s názorem, že u ortorexie hrozí smrt jen zcela výjimečně, poněvadž symptomy nejsou natolik markantní, a proto v ortorexii vidí mírnější a přijatelnější formu PPP (Bratman & Knight, 2000).

V této oblasti je opět jasně znatelná mezera ve výzkumu. Studie zabývající se mortalitou buď pohlaví vůbec nezmiňují, či se zabývají primárně ženami, a proto nemůžeme říct, kolik z pacientů umírajících v důsledku poruch příjmu potravy tvoří muži. Alespoň částečně mortalitu mužů v důsledku poruch příjmu potravy konkretizuje nově publikovaná studie Quadfliega, Strobelové, Naaba, Voderholzera a Fichtera (2019), která v letech 1985–2017 zkoumala 360 mužů majících poruchu příjmu potravy. Výzkumníci potvrzují, že i v jejich vzorku byla nejvyšší úmrtnost spojená s AN. Pravděpodobnost předčasného úmrtí byla u mužů, kteří měli diagnózu anorexie nervosy, v tomto vzorku šestkrát vyšší než u mužů z neklinické populace. Oproti ženám pak muži anorexii podlehli za signifikantně kratší dobu po přidělení diagnózy. U bulimie nervosy a OSFED nebyla úmrtnost ve srovnání s neklinickou populací signifikantně zvýšená.

1.2 Etiologie a rizikové faktory

Stejně jako u jiných onemocnění se i u poruch příjmu potravy setkáváme s otázkou: „Proč já?“ U mužů může být tato otázka ještě naléhavější, poněvadž trpí „ženským onemocněním“. Na tuto otázku však nelze snadno odpovědět, jelikož poruchy příjmu potravy nevznikají v důsledku působení jednoho faktoru, ale spíše v důsledku několika událostí či vlivů. Poruchy příjmu potravy jsou dle většiny autorů ovlivněny biopsychosociálně (Krch, 1999). Papežová (2010) ve své knize vymezuje rizikové faktory a koreláty. Jako rizikové faktory označujeme okolnosti, jestliže máme dostatek důkazů, že se vyskytly před počátkem onemocnění. Pokud si nejsme jisti, zda událost onemocnění předcházela či jej následovala, nazýváme takovou událost korelátem. V následujících odstavcích budou uvedeny rizikové faktory, které jsou odborníky obecně přijímány.

1.2.1 Biologické faktory

Jedním z nejčastěji skloňovaných rizikových faktorů je ženské pohlaví. Stereotypní vnímání poruch příjmu potravy pak ještě doplňuje příslušnost k bílé rase a ke střední či vyšší třídě (Freeman, 2005). V posledních desetiletích se rapidně změnil ideál ženské krásy. Zatímco v 60. letech byl rozdíl v hmotnosti mezi normálními ženami a supermodelkami odhadován na 8 %, dnes je tento rozdíl zhruba 20 % (Tucha, 2018). Větší tlak je ovšem vyvíjen i na muže, a proto se v posledních letech mluví o nárůstu počtu mužů s PPP.

Dalším rizikovým faktorem je tělesná hmotnost, která souvisí s nespokojeností s vlastním tělem. Nárůst nespokojenosti s vlastním tělem vede k dietám a zvýšení prožitku negativních emocí (Wyssen et al., 2016). Právě restriktivní diety a jiné metody kontroly váhy jsou považovány za biologický rizikový faktor PPP (NEDA, n.d.-b). Roli hraje ale i samotná tělesná hmotnost, protože oproti ženám se u mužů častěji vyskytuje premorbidní nadváha nebo dokonce obezita (Bramon – Bosch, Troop, & Treasure, 2000). Muži však oproti ženám mají realističtější percepci váhy. Podle studie Himmelsteinové, Puhlové a Quinnové (2018) mnoho žen už při Body Mass Indexu (dále „BMI“) 23,7 hodnotí, že mají nadváhu, ač podle tabulek se jedná o optimální váhu. Muži hodnotí svou váhu více v souladu s tabulkami.

Krch (1999) dále vyzdvihuje jako rizikový faktor období puberty, kdy dochází k výrazným tělesným změnám zejména u dívek, které nemusí být na takovéto změny připraveny a brání se jim právě pomocí restriktivní diety nebo excesivního cvičení. Autor dále

jako rizikový faktor uvádí amenoreu předcházející úbytku váhy. U chlapců a mužů však toto riziko není relevantní.

NEDA (n.d.-b) k biologickým rizikovým faktorům řadí i faktory genetické. V souvislosti s tímto řazením byly provedeny četné studie na sourozencích, zejména na dvojčatech. Hudson et al. (2007) například zmiňují studie zaměřené na binge eating u sourozenců, v nichž se ukázalo, že toto chování má silnou dědičnou komponentu. Nedostatkem těchto výzkumů je opět to, že většina z nich byla provedena na ženách. Pavlová (2008) ve své disertační práci zdůrazňuje, že svou roli hrají i prenatální a perinatální komplikace. Například předčasné narození zvyšuje riziko rozvoje AN.

V souvislosti s ortorexií nervosou je vhodné zmínit také to, že impulzem ke změně stravovacích návyků a životního stylu obecně často bývá somatické onemocnění, kvůli němuž se jedinec snaží žít zdravější život (Bratman & Knight, 2000). Významným somatickým onemocněním spojeným s PPP je také diabetes prvního typu. Diabetici si často svévolně upravují dávky inzulínu, aby ztratili na váze (NEDA, n.d.- c).

1.2.2 Psychologické faktory

Tuto sekci rizikových faktorů bychom mohli nazvat také jako sekci faktorů osobnostních. Asi nejčastěji je s PPP spojován osobnostní rys zvaný perfekcionismus, který můžeme pozorovat zejména pacientů s anorexií nervosou či s ortorexií nervosou (Koven & Abry, 2015). Oproti ženám je ovšem u mužů perfekcionismus méně výrazný (Reas, Ro, Karterud, Hummelen, & Pedersen, 2013). Dle Benta et al. (2010) je vyšší perfekcionismus spojen s vyšším rizikem chronifikace PPP. U jedinců s PPP se také projevuje netolerance k nejistotě, která vede ke kognitivní rigiditě a vyvolává prožitky strachu a úzkosti (Kesby et al., 2017). Pavlová (2008) jako další osobnostní rys uvádí impulzivitu, jež může vysvětlovat neschopnost kontroly při záchvatech přejídání.

Dalšími rysy korelujícími s vyšším rizikem rozvoje PPP jsou nízké sebevědomí a nízké sebeřízení nebo také schopnost spoléhat se sám na sebe. Riziko rozvoje PPP pak bylo výrazně ovlivněno, respektive zvýšeno přítomností depresivních a úzkostných symptomů (Kesby et al., 2017).

1.2.3 Sociokulturní faktory

Společnost vždy měla a bude mít ideály krásy. U žen se jedná o ideál spojený se štíhlostí. U mužů je ideál krásy spojen se svalnatou postavou (Murray et al., 2017). Nátlak ze strany společnosti směřující ke konformitě s jejími ideály zvyšuje u obou pohlaví nespokojenost s tělem. Následně dochází k narušení body image, což zvyšuje riziko rozvoje PPP (Bassett – Gunter, McEwan, & Kamarhie, 2017). O body image a jejímu vztahu k PPP budeme mluvit v samostatné kapitole. Zde však uveďme úzce související rizikový faktor – stigma spojené s váhou. Takzvaný weightism neboli negativní stigma na základě vyšší váhy, je podstatné u mužů i žen. U žen však míra posměšků roste lineárně se stoupajícím BMI, zatímco u mužů jsou terčem posměšků, jak jedinci příliš tlustí, tak příliš hubení. Zdá se také, že více negativních ohlasů na svou váhu dostávají homosexuálové, kteří jsou považováni za skupinu zvláště ohroženou vznikem PPP (Griffiths et al., 2018).

V souvislosti s minoritami je třeba uvést také etnikum, z něhož nemocný pochází. V minulosti se předpokládalo, že poruchy příjmu potravy jsou výsadou bílých dívek. Dnes některé studie rozšiřují toto tvrzení na muže i ženy bílé barvy pleti. Údaje ovšem nejsou jednotné, jelikož se zdá, že muži s tmavší barvou pleti více projevují tendenci hubnout a více se snaží nabrat svaly (Murray et al., 2017). Papežová (2010) shrnuje výsledky studií, které ukazují, že Afroameričanky častěji trpí záchvaty přejídání. Svět se mění a v důsledku rapidního šíření západní kultury již poruchy příjmu potravy nevnímáme jako nemoc západního světa. Jako příklad uveďme tureckou studii Hocaogla (2015), v níž autor zmiňuje, že v Turecku v důsledku sociokulturních změn a změn hodnot společnosti dochází k nárůstu počtu případů PPP.

Další kategorií jsou nepříznivé životní události a vystavení traumatickým zážitkům. Arditte Hallová, Bartlettová, Iversonová a Mitchellová (2017) v souvislosti s traumatizací mluví o vzniku PPP zejména u příslušníků armády. Podobně Quattlebaum et al. (2019) uvádějí, že náchylnost ke vzniku PPP či obezity se přenáší i na rodiny příslušníků armády, převážně na jejich potomky. Traumatizujícím zážitkem je také sexuální zneužívání, které se objevuje v anamnéze až 30 % pacientů trpících poruchami příjmu potravy. U mužů může být historie sexuálního zneužití častěji zatajována, a to kvůli vyššímu studu a strachu ze stigmatizace společností (Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012).

Za rizikový faktor jsou považovány také negativní rodinné vztahy. Bradyová (2008) se ve své studii zaměřila vyloženě na maladaptivní fungování rodinného systému, konkrétně na fyzické násilí, jehož historie je spojena s výskytem symptomatologie poruch příjmu potravy

u adolescentních chlapců i dívek. Nemusí se ovšem jednat pouze o fyzické napadání. Negativní vliv mají i verbální urážky či sledování násilí.

Na pomezí genetického vlivu a vlivu sociálního ze strany rodiny stojí takzvané anorektické matky, jež jsou považovány za hyperprotektivní. Nepřiměřeně kontrolují a starají se o stravovací návyky svých potomků (Krch, 1999). Mangweth – Matzek et al. (2010) ve své studii provedené na klinické populaci mužů s ED zjistili, že vyšší výskyt narušeného jídelního chování a poruch příjmu potravy v jejich vzorku ovlivnilo klima v rodině. Jako konkrétní příklady klimatu korelujícího s výskytem narušeného jídelního chování uvádějí menší míru poskytované péče ze strany rodičů či méně povzbuzování od rodičů. Vliv měla i absence přátelských vztahů v dětství či problémy ve škole.

Rizikovým faktorem jsou pro obě pohlaví sporty, zejména pokud je jedinci vykonávají na profesionální úrovni. S poruchami příjmu potravy se setkáváme u gymnastů, atletů a u jiných sportovců, u nichž by přírůstek váhy znamenal snížení výkonu. Náchylní k určitým poruchám příjmu potravy jsou i bodybildeři, zejména ti pohybující se v kompetitivním bodybuildingu, kde nejde o výkon, ale o vzhled (Devrim, Bilgic, & Hongu, 2018). Kromě profesionálních sportovců jsou ohroženi i jedinci vykonávající jiná povolání související se vzhledem. Nejčastěji jsou za ohrožené rozvojem PPP považovány osoby žijící se modelingem, tancem či herectvím (Mangweth – Matzek et al., 2010).

1.3 Komorbidita s jinými onemocněními

Komorbidita s jinými onemocněními je výrazná a různorodá. U mužů se komorbidita zdá být vyšší než u žen (Bramon – Bosch et al., 2000). Mangweth – Matzek et al. (2010) zjistili, že 76 % jejich vzorku složeného z mužů s PPP trpělo komorbidním onemocněním ještě před nástupem PPP. Zmíněný tým autorů za nejčastější komorbiditu považuje depresivní poruchu, s čímž souhlasí i Freemanová (2005), jež ve svém review připomíná také výraznou spojitost PPP s úzkostnými poruchami a s obsedantně – kompulzivní poruchou. Bramon – Boschová et al. (2000) upozorňují také na vyšší procento sebevražd u mužů než u žen, jež se naopak více sebepoškozují. Tento výzkumný tým poukazuje taktéž na možné kognitivní zkreslení známé pod názvem Bekson bias, jehož podstata spočívá v tom, že poruchy příjmu potravy u mužů rozpoznáme až když se objeví jiná nemoc, jelikož do té doby muže důkladně nevyšetřujeme kvůli tomu, že mužské PPP považujeme za raritní.

Strober et al. (2006) nenacházejí rozdíl v četnosti výskytu úzkostných poruch mezi pohlavími, avšak u mužů zaznamenávají vyšší výskyt psychotických onemocnění, poruch osobnosti či sexuálních deviací. Poruchami osobnosti jako komorbiditou PPP se zabýval tým výzkumníků v Norsku, který zkoumal kookurenci poruch osobnosti na velkém vzorku mužů a žen. U mužů byla kookurence s jednotlivými poruchami osobnosti procentuálně vyrovnanější, tedy u mužů výrazně nepřevažovala komorbidita s určitou poruchou osobnosti. U obou pohlaví byla bulimie nervosa významně propojena s vyhýbavou poruchou osobnosti a stejně jako jinak nespecifikované PPP byla spojovaná také s hraniční poruchou osobnosti. Anorexie, jmenovitě její restriktivní subtyp, byla spojována s clusterem C, tedy s úzkostnými poruchami (Reas et al., 2013).

Na místě je zmínit také komorbiditu s alkoholismem. Dle Strothera et al. (2012) má až 24 % mužů trpících bulimií nervosou problémy s alkoholem. Ještě vyšší je pak u mužů zneužívání jiných návykových látek, které dle jejich studie užívá až 57 % mužů s BED. K udržení váhy jsou typicky užívána stimulantia. U muskulární dysmorfie je pak výrazné zneužívání steroidů, zejména anabolik. Dle Goldfielda, Blouina a Woodsidea (2006) nadužívá anabolika až 40 % bodybuilderů.

2. Vymezení poruch příjmu potravy a jejich specifík u mladých mužů

Druhá kapitola diplomové práce se zaměří na vymezení jednotlivých poruch příjmu potravy. Nejprve budou představeny nejvíce prozkoumané poruchy, tedy anorexie nervosa a bulimie nervosa. V kapitole bude zároveň s diagnostickými kritérii uvedeno i porovnání poruch a jejich projevů u obou pohlaví. DSM - 5 dále nově rozlišuje také binge eating disorder. Binge eating disorder se stala samostatnou diagnostickou jednotkou mimo jiné kvůli tomu, aby došlo ke snížení počtu jedinců diagnostikovaných s jinak nespecifikovanou poruchou příjmu potravy (American Psychiatric Association, 2013). V kapitole se budeme zabývat také ortorexií nervosou, která ovšem není doposud v diagnostických systémech zakotvena.

2.1 Anorexie nervosa

Anorexii nervosu poprvé popsal Gull v roce 1873, avšak definoval ji pouze jako nemoc ženskou a muže ve svém popisu anorexie nervosy vůbec nezmínil (Goldstein, Alinsky, & Medeiros, 2016). Muži však tvoří 5–10 % případů anorexie nervosy v klinických zařízeních (Núñez – Navarro et al., 2012). Důležité je poslední sousloví, tedy klinické zařízení, jelikož mnoho mužů trpí parciálními formami anorexie, které nemusí být zachyceny odborníky a adekvátně léčeny. Dnes se již pozornost věnovaná mužům s anorexií nervosou zvyšuje, což je patrné ze samotného názvu onemocnění. V minulosti totiž byla AN nazývána anorexií hysterickou, avšak odborníci věřili, že muži hysteričtí být nemohou, a proto byl k anorexii přidán nový přívlastek nervosa (Murray et al., 2017).

Aby byla jedinci diagnostikována anorexie nervosa, musí dle DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2013) splňovat následující tři kritéria:

- 1) Restrikce příjmu potravy vedoucí ke ztrátě hmotnosti či neschopnosti nabrat na váze. Restrikce vede k signifikantně nízké váze vzhledem k věku, pohlaví a výšce. Signifikantně nízká váha je definována jako váha, která je nižší než normální minimální váha nebo v případě dětí a adolescentů jako váha nižší než je minimální očekávaná váha.
- 2) Strach ze ztloustnutí nebo přibrání na váze nebo přetrvávající chování interferující s přírůstkem na váze i přesto, že váha jedince je velmi nízká.
- 3) Narušení vnímání své váhy a tvaru těla, nepřiměřený vliv váhy a tvaru těla na sebehodnocení nebo trvalé narušení vnímání vážnosti jejich stavu.

Splnění těchto tří kritérií je nezbytné pro přidělení diagnózy AN. V praxi nás ale spíše zajímá, zda se liší klinický obraz poruchy u mužů a žen. Crisp (2006) považuje projevy anorexie nervosy u mužů a žen za obdobné. V obou případech jmenuje jako jeden z faktorů předcházejících onemocnění problematické vztahy v rodině a u obou pohlaví nalézají také obdobné behaviorální projevy anorexie, konkrétně za srovnatelnou považuje přísnost diety a rituály spojené se stravováním. Přiklání se ale k názoru, že muži pocházejí z psychiatricky více zatíženého rodinného prostředí a že se u nich častěji než u žen vyskytuje abúzus alkoholu a ze specifických stravovacích návyků vegetariánství.

Coelho et al. (2018) ve své studii porovnávají hospitalizované muže s PPP s hospitalizovanými ženami a zjišťují, že v adolescenci se z klasických PPP u mužů nejčastěji vyskytuje anorexie nervosa, zatímco u dospělých je častější bulimie nervosa. Napříč věkovými kategoriemi se však můžeme setkat u mužů s diagnózou atypické či jinak nespecifikované PPP. Autoři také zmiňují, že BMI u mladých mužů s AN je při příjmu do léčebného zařízení či do terapie zpravidla vyšší než BMI žen. Muži obecně mají vyšší BMI kvůli odlišným tělesným dispozicím, avšak Limbersová, Cohenová a Grayová (2018) poukazují také na častější premorbidní obezitu u chlapců a mladých mužů. Premorbidní obezita také vede k pozdějšímu rozpoznání symptomů a k pozdější hospitalizaci.

Důsledkem anorexie nervosy jsou u mužů i u žen endokrinní abnormality. U žen se jedná o amenoreu, tedy vymizení menstruace, která byla v DSM- 4 a v MKN- 10 stále ještě kritériem nezbytným pro přidělení této diagnózy. Z DSM - 5 bylo toto kritérium odstraněno právě kvůli mužům, u nichž můžeme najít jinou endokrinní poruchu, konkrétně se jedná o snížení testosteronu a s tím spojený pokles sexuálního zájmu (Greenberg & Schoen, 2008).

Anorexie nervosa má ze všech poruch příjmu potravy u obou pohlaví nejhorší prognózu (Nagl et al., 2016). Prognózu zhoršuje takzvaná fat fobia, tedy strach z tloušťky a tloustnutí. Absence tohoto strachu značně zvyšuje pravděpodobnost úzdravy a zdá se, že u mužů je tato fobie méně výrazná, což může souviset s obecným trendem k menší zaujatosti tělesnou váhou u mužů (Strober et al., 2006). Nejméně příznivou prognózu má dle Chauleta et al. (2018) u mužů prepubertální anorexie nervosa, za jejíž antecedenty jsou považovány problémy v rodině a depresivní obtíže v dětství. Dle autorů se procento jejího výskytu zvyšuje.

Kromě nejvyšší mortality je však anorexie nervosa spojovaná také se závažnějšími zdravotními komplikacemi, a to především u mužů. Coelho et al. (2018) ve své studii mluví o závažném snížení hustoty minerálů v kostech a uvádějí, že až 35 % adolescentů mužského

pohlaví trpí osteopenií. Dále zmiňují výrazné snížení tepové frekvence. Murray et al. (2017) taktéž zdůrazňují závažnost srdečních obtíží, ale upozorňují také na nezanedbatelné gastrointestinální problémy, specificky pak mluví o zvýšení jaterních enzymů, které se objevují u jedné třetiny hospitalizovaných mužů s AN. Voová, Lauová a Rubinstein (2016) u vzorku chlapců a mladých mužů mezi 11 – 23 lety nalézají kromě již zmíněných komplikací taktéž změny krevního tlaku a v důsledku malnutrice pak jmenovitě mluví o anemii, leukopenii či hypokalémii spojené s dysfunkcí jater. U poloviny z jejich vzorku pak byly komplikace natolik závažné, že vyžadovaly hospitalizaci pacientů.

U anorektiků se setkáváme také s výrazným narušením exekutivních funkcí. Jmenovitě se jedná o narušení pracovní paměti a pozornosti. Anorektici se zabývají jídlem a na další úkony jim již nezbyvá energie. Obdobné deficity můžeme pozorovat i u osob s ortorexií nervosou (Koven & Senbonmatsu, 2013). Dále jsou u anorektiků markantní obtíže při operacích vyžadujících integrování dílčích informací do smysluplných celků. Jinými slovy mají lidé s AN oslabenou centrální koherenci a zaměřují se na detaily (Juarascio, Manasse, Espel, Kerrigan, & Forman, 2015).

Než obrátíme pozornost k dalším poruchám příjmu potravy, je vhodné připomenout, že rozlišujeme dva podtypy anorexie nervosy. Jedná se o typ restriktivní a typ purgativní. První typ, tedy typ restriktivní, DSM - 5 definuje jako typ AN, při němž během epizody anorexie pravidelně nedochází k záchvatovitému přejídání ani k očištnému chování. Purgativní typ je charakterizován pravidelně se vyskytujícími epizodami záchvatovitého přejídání či očištného chování (American Psychiatric Association, 2013). Literatura pojednávající o výskytu jednotlivých typů u chlapců a mužů je raritou. K tématu se částečně vyjadřují Chaulet et al. (2018), kteří čistě restriktivní formy u adolescentů mužského pohlaví považují za méně časté. Toto tvrzení by mohlo být vysvětleno vyšší tendencí mužů k záchvatovitému přejídání, ale je jistě nezbytné se tématu dále věnovat.

2.2 Bulimie nervosa

Zatímco diagnostická kritéria anorexie nervosy se v DSM – 5 a jeho předchozí čtvrté revizi značně liší, kritéria nezbytná pro diagnostiku bulimie nervosy nebyla v novější verzi manuálu příliš obměněna. DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2013) rozlišuje pět následujících kritérií:

- 1) Opakované epizody binge eating. Epizoda je charakterizována následovně:

- a. Požití většího množství jídla za určitou časovou periodu (např. dvě hodiny) než by za stejnou dobu a stejných podmínek snědla většina lidí.
 - b. Ztráta kontroly nad jídlem během této epizody (tj. pocit, že jedinec nemůže přestat jíst či kontrolovat, co či kolik jídla sní).
- 2) Opakované nevhodné kompenzační chování k prevenci nabytí váhy, jako například vyvolané zvracení, zneužití laxativ, diuretik nebo jiných medikamentů, půsty nebo excesivní cvičení.
 - 3) Objevuje se jak binge eating, tak nevhodné kompenzační chování, a to v průměru nejméně jedenkrát týdně po dobu tří měsíců.
 - 4) Sebeevaluace je ovlivněna tvarem těla a váhou.
 - 5) Binging nebo purging se neděje pouze během epizod spojených s anorexií nervosou.

Zastavíme – li se u druhého kritéria, zjistíme, že muži také užívají nevhodné kompenzační chování, jako je zvracení, užívání laxativ nebo cvičení. Dle Limbersové et al. (2018) však muži užívají zvracení a laxativa jako kompenzační chování méně často. Naopak u nich můžeme více pozorovat excesivní cvičení a binge eating (Freeman, 2005). Ani v této oblasti ale výsledky nejsou konzistentní, jelikož nová studie Sahlana, Taravatrooye, Quickové a Monda (2020) u vzorku iránských vysokoškolských studentů nenašla rozdíl ve výskytu zvracení jako kompenzačního chování u mužů a žen. Zvýšení fyzické aktivity a zaměření na sport potvrzuje i Hocaoglu (2015). U adolescentů je zvýšené zaměření na sportovní aktivity a cvičení běžné, avšak v případě bulimie se cvičení stává kompulzí. Zde je proto nutné odlišit motivaci ke cvičení. Pokud je motivací touha po lepší fyzické kondici a zdraví, je korelace s bulimií nervosou zpravidla negativní. Naopak pokud za cvičením stojí posměch druhých, touha po ztrátě váhy či kompetice, můžeme častěji očekávat kladný vztah s BN (Nurkkala et al., 2016). Co se týče binge eating neboli záchvatovitého přejídání, zdá se, že muži více reportují pozření nadměrných porcí jídla než vnímanou ztrátu kontroly během jídla. Muži také častěji zavádějí tzv. cheat days, tedy dny, kdy si mohou bez pocitů viny dát zakázané jídlo (Murray et al., 2012). Binge eating jako symptom bulimie je u mužů častější než purging (očistné chování), protože takové chování by mohlo být kontraproduktivní k nabrání svalové hmoty (Dakanalis et al. 2015). U přejídání je nutné také vyloučit organickou příčinu, v jejímž důsledku dochází k hyperfagii. Jako příklad uveďme frontální mozkový tumor nebo diabetes (Chaulet et al., 2018).

Excesivní cvičení nalezneme taktéž u muskulární dysmorfie, které se budeme věnovat v následující kapitole. Jak již ale bylo uvedeno, muskulární dysmorfie se často vyskytuje

u bodybuilderů, avšak poměrně velké množství těchto sportovců v minulosti splnilo i kritéria pro bulimii nervosou. Další paralelou může být užívání anabolických steroidů, i když u jedinců s bulimií je míra užívání těchto substancí signifikantně nižší (Goldfield et al., 2006). V každém případě je však nutné rozlišit, zda je kompulzivní cvičení poháněno primárně touhou po svalech, poněvadž v tomto případě bychom se přikláněli k přítomnosti muskulární dysmorfie, či zda je jedním ze symptomů bulimie nervosy či ortorexie nervosy, jež postupně ovlivňuje všechny sféry života jedince a ze zaujetí zdravým stravováním se stává zaujetí zdravým životním stylem obecně, jehož součástí je i fyzická aktivita. U bulimie nervosy jedince motivuje ke cvičení představa ztráty váhy či srovnávání s druhými. Naopak negativně koreluje motivace ke cvičení s touhou po zlepšení zdraví a fyzické kondice (Nurkkala et al., 2016).

Bulimie nervosa je obvykle spojována s problematickou regulací emocí a sklonem k impulzivitě. Impulzivní jednání pak můžeme pozorovat zejména při epizodách záchvatovitého přejídání. Gianini et al. (2019) však ve svém výzkumu přicházejí se zajímavými závěry. V jejich studii totiž pacienti s bulimií nervosou proti zdravé kontrolní skupině volili jídlo s vysokým obsahem tuku méně často. Autoři tedy přicházejí se závěrem, že jedinci mající BN se mimo epizody záchvatovitého přejídání více kontrolují při výběru jídla a přijímají potraviny s nižší kalorickou hodnotnou, avšak právě tato kontrola a malý energetický příjem vedou ke stresu a psychickému vyčerpání, jenž následně odstartuje záchvat přejídání. Dle Brosofa, Munn – Chernoffové, Bulikové a Bakerové (2019) u bulimiků slouží jídlo zejména ke kontrole negativního afektu. Kesbyová et al. (2017) toto tvrzení zobecňují a tvrdí, že nejen přejídání, ale i ostatní maladaptivní chování vyskytující se u bulimie nervosy slouží ke zmírnění negativních prožitků strachu a úzkosti.

Dle Hocaoglua (2015) je nástup bulimie nervosy u mužů typický mezi 18.–26. rokem, tedy výrazně později, než je tomu u dívek. Navíc je mužská BN spojována s premorbidní obezitou a s ní spojenými posměšky a kritikou od vrstevníků či členů rodiny. Rodiny premorbidně obézních pacientů trpících bulimií nervosou byly označovány jako hostilní a neprojevující dítěti dostatečnou empatii a porozumění. O osobnostních charakteristikách mužů s bulimií se v literatuře příliš nepíše. Obecně je bulimie spojována s již zmíněnou impulzivitou a emocionální dysregulací (Reas et al., 2013). Greenbergová a Schoenová (2008) pak speciálně u mužů s BN nacházejí vyšší míru narcismu a teatrálnosti.

Závěrem je třeba podotknout, že v klinické praxi se mnohdy setkáváme se smíšenými formami anorexie a bulimie nervosy. Chaulet et al. (2018) nás informují, že smíšené formy se

objevují ve 30 až 50 % případů. Jansenová (1998) pak uvádí, že významný symptom bulimie, kterým je záchvatovité přejídání, se vyskytuje až u poloviny jedinců majících diagnózu AN.

2.3 Binge eating disorder

Binge eating disorder neboli porucha založená na záchvatovitém přejídání, byla poprvé jako samostatná diagnóza uvedena v páté revizi DSM v roce 2013. Tento krok byl významný zejména pro diagnostiku mužů s PPP, jelikož muži tvoří až 40 % případů binge eating disorder (Núñez – Navarro et al., 2012). Jiná studie (Blashill, 2011) opět poukazuje na již zmíněný fakt – muži častěji trpí subklinickými formami poruch příjmu potravy. V případě BED je u mužů subklinická forma třikrát častější než u žen. Samotné epizody záchvatovitého přejídání jsou pak u obou pohlaví stejně časté. Vysoká procenta výskytu BED jsou patrná právě u mladých mužů a zejména pak u univerzitních studentů (Kelly et al., 2015).

Kritéria pro přidělení diagnózy BED jsou dle DSM – 5 následující (American Psychiatric Association, 2013):

- 1) Opakované epizody binge eating. Epizoda je charakterizována následovně:
 - a. Požití většího množství jídla za určitou časovou periodu (např. dvě hodiny) než by za stejnou dobu a stejných podmínek snědla většina lidí.
 - b. Ztráta kontroly nad jídlem během této epizody (tj. pocit, že jedinec nemůže přestat jíst či kontrolovat, co či kolik jídla sní).
- 2) Epizody jsou spojeny se třemi (nebo více) znaky:
 - a. Vyšší rychlost jezení, než je normální
 - b. Přijímání potravy, dokud se jedinec necítí nepříjemně plný
 - c. Pojídání velkého množství potravy, když se člověk necítí hladový
 - d. Přijímání potravy o samotě kvůli pocitu studu z kvantity přijímané potravy
 - e. Pocit znechucení sám ze sebe, depresivní či provinilé prožitky po epizodě
- 3) Je přítomný markantní distres týkající se binge eating.
- 4) Binge eating se opakuje průměrně nejméně jednou za týden po dobu tří měsíců.
- 5) Binge eating není spojeno s nevhodným kompenzačním chováním (např. zvracení) a nevyskytuje se exkluzivně v průběhu anorexie nervosy, bulimie nervosy nebo avoidant/restrictive intake disorder.

Jak je patrné z výše uvedených kritérií, BED není vázána na váhu jedince. Je ovšem zajímavé zmínit, že BED postihuje až 10 % obézních osob (Chalet et al., 2018). Vzhledem

k premorbidní obezitě mužů s PPP je toto číslo o to zajímavější. Binge eating disorder je u mužů poměrně častá, ale zdá se, že muže epizody záchvatovitého přejídání netrápí v takové míře jako ženy. U mužů je také během těchto epizod obvyklý příjem jídla s vysokým obsahem proteinu, zatímco ženy preferují sladké potraviny (Murray et al., 2017). Lydeckerová a Grilo (2018) ve své studii srovnávají muže a ženy s BED. Dle autorů ženy dříve začínají s dietami a epizodami binge eating, ale doba detekce BED ve formě klinického onemocnění se neliší. Muži tedy začínají s dietami a dalším kompenzačním chováním typickým pro PPP později, ale rozvoj poruchy je následně rapidnější. Frekvence epizod záchvatovitého přejídání byla srovnatelná. Významně odlišné bylo BMI, jehož hodnoty byly výrazně vyšší u mužů.

Důležité je také umět odlišit objektivní epizodu záchvatovitého přejídání a subjektivní epizodu záchvatovitého přejídání. Zatímco první zmíněná epizoda je spojena s objektivní ztrátou kontroly i s přijímáním velkých porcí jídla, druhá zmíněná epizoda je spojena se ztrátou kontroly, avšak porce jsou vnímány jako nadměrné pouze subjektivně. Muži, u nichž bylo patrné objektivní i subjektivní přejídání, vykazovali vyšší dietní restriktce, více excesivního cvičení a vážnější somatické komorbiditity (Kelly, Cotter, & Guidinger, 2018). Kompulzivní cvičení je u mužů velmi rozšířené a je používáno jako nejčastější kompenzační strategie po epizodě záchvatovitého přejídání (Kelly et al., 2015).

Nejvíce podobností můžeme nalézt mezi BED a bulimií nervosou. U obou poruch se mluví o impulzivité a s ní spojené slabé kontrole impulzů. Tato snížená schopnost kontroly má vést k záchvatům přejídání (Juarascio et al., 2015). Shopeová, Prowsová, Racineová a Culbertová (2020) mluví o tendenci k impulzivnímu jednání jako o reakci jedince na výskyt negativních emocí. Tato tendence v jejich vzorku byla signifikantním prediktorem vzniku epizod binge eating a očištného chování a bylo ji možné pozorovat, jak u mužů, tak u žen.

Dle Wyssenové et al. (2016) můžeme binge eating predikovat z nespokojenosti s vlastním tělem a z převažující negativní afektivity. Roli negativních emocí, které neumí muži zpracovat, zdůrazňují i Nurkkala et al. (2016). Negativní afekt může souviset i s častým výskytem depresivní poruchy jako komorbiditity BED (Gadalla, 2009).

2.4 OSFED, Pica, Avoidant/Restrictive disorder, Rumination disorder

OSFED (American Psychiatric Association, 2013), neboli Other Specified Feeding or Eating Disorder (dříve EDNOS) je skupina poruch příjmu potravy, která zahrnuje klinicky signifikantní formy těchto poruch, které ovšem nevykazují všechny symptomy potřebné pro

přidělení již zmíněných diagnóz. Jak již bylo řečeno, u mužů se subklinické a atypické formy poruch příjmu potravy vyskytují frekventovaně (Wyssen et al., 2016). Obdobně jako u jiných PPP se i u této diagnostické kategorie setkáme s pozdějším nástupem onemocnění u mužů a dále také s menším počtem předchozích hospitalizací (Núñez – Navarro et al., 2012).

Do kategorie poruch příjmu potravy dále patří pika, jež je definována jako opakované požívání nepotravinových substancí, jakými jsou nepotravinové materiály a objekty (např. křída, papír, plast atd.) nebo syrových ingrediencí (velké množství soli). Toto chování ohrožuje zdraví a způsobuje signifikantní omezení fungování (World Health Organization, 2019). V případě piky však autorka práce nebyla schopna nalézt žádné studie zabývající se touto problematikou u mužů. Obdobně ostatně dopadla i rešerše týkající se rumination disorder, jež je definována nejméně měsíc trvající opakovanou regurgitací jídla, které je opakovaně přežvýkováno, polykáno a vyplivováno (NEDA, n.d. - d). Studie věnující se exkluzivně vyhubavé/restriktivní poruše u dospělých mužů taktéž nejsou dostupné, a to také proto, že je tato porucha spojována zejména s dětským věkem. Murray et al. (2018) však dodávají, že se v dětství vyskytuje více u chlapců. Podstatou této poruchy je příjem malého množství potravin. Podobně jako u ortorexie nervosy dochází k poklesu energie a nutričním deficitům. Tato porucha, stejně jako BED, byla zatím známá pouze z DSM – 5, ale podle Claudinové et al. (2019) by obě dvě měly být oficiálně zařazeny do MKN – 11.

2.5 Ortorexie nervosa

Nejmladší poruchou příjmu potravy je ortorexie nervosa, v překladu posedlost zdravým stravováním, jež byla světu představena před dvaceti lety autorem konceptu Stevem Bratmanem. Tento koncept stále není zaveden v diagnostických manuálech a dle aktuálních informací nebude přítomen ani v nové verzi Mezinárodní klasifikace nemocí. Jedním z důvodů přetrvávající absence ortorexie v manuálech je nejistota ohledně jejího zařazení. Gleaves, Graham a Ambwani (2013) ve své studii zvažují možné zařazení ortorexie nervosy jako podtypu AN nebo jako podtypu obsedantně – kompulzivní poruchy. Mezi poruchami ovšem existují i znatelné rozdíly, proto převládá snaha prosadit vytvoření samostatné diagnostické jednotky ortorexie nervosy.

Dalším důvodem absence ON v klasifikacích je také nejednoznačné vymezení diagnostických kritérií. Nejnovější ucelená kritéria, která jsou používána ve vícero studiích, byla zveřejněna v roce 2016 ve vědecké práci Dunna a Bratmana (2016). Tato kritéria, přeložená autorkou pro účely její bakalářské práce (Dražilová, 2018) jsou následovná:

Kritérium A. Obsedantní soustředění na „zdravé“ stravování, definované dietní teorií či souborem přesvědčení, jejichž konkrétní detaily se mohou lišit; vyznačující se přehnaným emocionálním distresem ve vztahu k volbě potravin, jež jsou vnímány jako nezdravé; důsledkem volby potravin může být ztráta hmotnosti, která ale není primárním cílem. To potvrzuje i následující výčet příznaků:

1. Kompulzivní chování a/nebo znepokojení týkající se pozitivních a negativních dietních postupů, o nichž jedinec věří, že podporují optimální zdraví.
2. Porušení vlastních dietních pravidel způsobuje přehnaný strach z nemoci, pocit nečistoty a/nebo negativní fyzické prožitky, doprovázené prožitky úzkostí a studu.
3. Dietní omezení se postupně stupňují a mohou zahrnovat eliminaci celých skupin potravin a jsou postupně spojovány s častějším a/nebo přísnějším „pročišťováním“ (částečný půst), které je považováno za očištění nebo detoxikaci. Tato eskalace často vede ke ztrátě hmotnosti, přičemž touha po ztrátě hmotnosti chybí, je skrytá či podřízená myšlenkám na zdravé jídlo.

Kritérium B. Kompulzivní chování a mentální zaujetí zdravou stravou mohou být negativně ovlivňovány a posilovány následujícími jevy:

1. Malnutricí, vážnou ztrátou hmotnosti nebo jinými zdravotními komplikacemi plynoucími z restriktivní diety.
2. Intrapersonálním distresem nebo narušením sociálního, akademického nebo profesního fungování. Tyto aspekty života jsou druhotné k přesvědčením či chování týkajícím se zdravého stravování.
3. Pozitivním obrazem těla, sebehodnocením a/nebo spokojeností nadměrně záviselými na dodržování jedincem definovaného zdravého stravovacího chování.
(Dunn & Bratman, 2016, s. 16)

Ortorexie nervosa je pro tuto diplomovou práci relevantní, jelikož se zdá, že na rozdíl od jiných poruch u ní není výrazný rozdíl v počtu případů mezi pohlavími (Barnes & Caltabiano, 2016). Kolektiv Brytek – Materové, Fonteové, Poggiogalleové, Doniniové a Cenaové (2017) dokonce podotýká, že riziko pro muže je vyšší a že muži mohou být více náchylní k rozvoji ON než k rozvoji ostatních PPP. Ortorexie nervosa někdy bývá vnímána jako lehčí a přijatelnější forma PPP nebo jako rizikový faktor pro jejich rozvoj (Tremelling, Sandon, Vega, & McAdams, 2017). Skupinu ohroženou rozvojem ON pak tvoří mladí lidé. Donini et al. (2004) první případy ortorexie nervosy spojují s adolescencí a osamostatněním se

od rodiny. Riziko rozvoje pak pokračuje dále do mladé dospělosti a je výrazné zejména u vysokoškolských studentů (Missbach et al., 2015). Ohroženou skupinou jsou podobně jako u jiných PPP sportovci (Segura – García et al., 2012).

Ortorexie nervosa se od jiných poruch příjmu potravy liší tím, že na počátku se zdravé stravování opravdu jeví jako řešení zdravotního problému. Bratman a Knight (2000) také zdůrazňují, že v počátcích ortorexie se můžeme setkat se známými dietami jako je veganství, dieta na základě krevní skupiny atd. Patologickým se zdravotní styl stává poté, co je z jídelníčku vyřazováno stále větší množství potravin (Missbach et al., 2015) a zdravé stravování a životní styl se stává středobodem života, a to na úkor ostatních sfér bytí (Brytek – Matera, 2012). Na rozdíl od jiných poruch příjmu potravy se však u ortorexie nesetkáváme se skrýváním symptomů. Právě naopak, ortorexie je spojována s pocity pýchy a nadřazenosti (Brytek – Matera et al., 2015). Navíc se v počátcích nemoci můžeme setkat u ortorexie nervosa s podporou ze strany společnosti, protože zdravé stravování je vnímáno jako pozitivní životní volba. Kromě toho zdravé stravování vede u mužů nejen ke zlepšení celkového zdravotního stavu, ale také sexuálního fungování (Freeman, 2005).

3. Body Image a nespokojenost s vlastním tělem

Body image neboli internalizovaný koncept těla či psychologický prožitek ztělesnění zahrnuje primárně fyzický vzhled, ale ovlivňuje i fyzické a psychické zdraví (Bassett – Gunter et al., 2017). Body image má dle Adamsové, Turnerové a Bucksové (2005) dvě složky, konkrétně percepční složku související s vnímáním velikosti těla a postojovou složku zaměřenou na pocity a myšlenky spojené s tělem. Narušení body image a s ní spojovaná nespokojenost s vlastním tělem je samozřejmě typická i pro jiné poruchy příjmu potravy. V této kapitole bude však v souvislosti s body image samostatně rozebrána již zmiňovaná muskulární dysmorfie, jež je v mužské populaci značně rozšířená.

V předchozí části diplomové práce již byla nastíněna odlišnost v sociálním vnímání ideální mužské a ženské figury. Zatímco u žen je ideální štíhlá postava, u mužů se jako ideální jeví postava svalnatá (Mayo & George, 2014). Ženy tedy většinou kila shazují, avšak u mužů můžeme vidět i chování, jehož cílem je naopak zvýšení tělesné hmotnosti ve formě svalové hmoty (Adams et al., 2005). Za dokonalou je pak u mužů považována postava ve tvaru „V“ s širokými rameny a oblastí hrudníku a s užšími boky (Kjelsås, Augestad, & Flanders, 2003), což potvrzují i Lavender, Gratz a Anderson (2012), kteří u mužů vyzorovali relativně vyšší zaměření na horní část těla oproti části dolní. Muži se snaží o zvýšení osvalení hrudníku a o růst bicepsů. Tendence k chování vedoucímu k nárůstu svalů se anglicky nazývá *drive for muscularity*. Čím více je tato touha po svalnatosti internalizována, tím více se muži snaží dosáhnout svého ideálu a tím více je negativně zasaženo sebevědomí jedince. Pokud jsou tito muži vystaveni fotografiím mužů se svalnatějším tělem, narůstá u nich stejně jako u žen nespokojenost (Galioto & Crowther, 2013). Nejsilnější je pak *drive* právě u mladých mužů, zejména u studentů vysokých škol (Spann & Pritchard, 2008).

Ideál krásy je mužům i ženám předkládán téměř nepřetržitě v médiích. Dakanalis et al. (2015) na vzorku italských mužů zjistili, že vyšší internalizace západních hodnot, ideálu krásy a atraktivity propagovaných v médiích, zvyšuje u mužů nespokojenost a vede k započetí specifických dietních a tělesných regulací, aby se jejich vzhled co nejvíce přiblížil ideálu propagovanému v médiích. Svalnatá postava je pak v médiích spojována s klasickou rolí muže a mnoho lidí si ji stereotypně propojuje s představou silného, efektivního a mocného muže (Freeman, 2005). Blashill (2011) v souvislosti se stereotypy spojenými s genderovými rolemi mluví také o tom, že u žen je pozitivně přijímána vyšší emocionální expresivita. Ženy tedy mohou volněji vyjadřovat emoce. U mužů je však vyšší emoční expresivita vnímána negativně,

jelikož muži obecně kladou důraz na emocionální kontrolu a vyšší expresivita je tedy spojena s distresem a rizikem vzniku PPP.

S rozmachem sociálních sítí dochází ke zvyšování popularity takzvaného Pro – Eating Disorders hnutí. Zastánci tohoto hnutí nepovažují PPP za poruchy, ale za svobodně zvolený životní styl, který je pro jedince přínosný (Csipke & Horne, 2007). Typicky se setkáváme s Pro – Ana (anorexie nervosa) a Pro – Mia (bulimie nervosa) blogy, ale dnes se množí i stránky sdružující právě muže zainteresované do posilování a s tím spojených úprav jídelníčku. Bodybulding je dnes totiž také považován za životní styl a jeho příznivci tvoří uzavřenou komunitu (Mosley, 2009). Moderní doba přináší také mnoho aplikací, pomocí nichž můžeme monitorovat naši fyzickou aktivitu. Tyto aplikace můžeme mít stažené v mobilu, avšak můžeme mít i hodinky vyvinuté specificky za účelem sledování spálených kalorií, ujité vzdálenosti atd. Jednou z celosvětově nejužívanějších aplikací je My Fitness Pal. Tato elaborovaná aplikace je oblíbená zejména u mužů. Dle výzkumu Linardona a Messerové (2019) užívání této chytré aplikace podporuje obsesivní myšlenky týkající se váhy či spálených kalorií. Užívání této aplikace pak ve zmíněné studii pozitivně korelovalo ze zvýšeným skóre v dotazníku měřícím symptomy PPP. Třetina respondentů explicitně uvedla, že užívání My Fitness Pal zřetelně přispívá k jejich narušenému stravovacímu chování.

Tod a Edwards (2015) zkoumali na vzorku mužů body image a s ní spojené copingové mechanismy. Zmiňují konkrétně avoidance coping, jehož podstatou je opuštění stresujících situací. Muži užívající tohoto mechanismu například neukazují své tělo či se nespřchují ve veřejných sprchách. Dále autoři informují o existenci appearance fixing coping, kdy se muži nošením nadměrných velikostí oblečení snaží zakrýt vnímané tělesné defekty. V kontrastu ke zmíněným strategiím autoři mluví o acceptance coping mechanismech založených na racionalitě a pozitivním vnímání svého těla. U mužů s narušenou body image prožívajícím nespokojenost s tělem se však dle Adamsové et al. (2005) typicky objevují právě avoidance coping strategie a také mechanismus emočního popření.

Mayová a Georgeová (2014) ve své studii označují narušenou body image a nespokojenost s vlastním tělem jako významný rizikový faktor pro vznik PPP. Ve vzorku je opět prominentní touha po větší svalnatosti, avšak zároveň se objevuje i nespokojenost s tělesným tukem. Nespokojenost s tělem je sice globálně u mužů nižší než u žen, avšak není zanedbatelná. Například Limbersová et al. (2018) nalézají výraznou nespokojenost až u 30 % adolescentů mužského pohlaví v Austrálii a v USA. Dle Dakanalise et al. (2014) se dokonce

nespokojenost s tělem za posledních 30 let u mužů ztrojnásobila. Nespokojenost s vlastním tělem je navíc u obou pohlaví spojována s negativními psychickými jevy, jakými jsou například nízké sebevědomí, depresivní obtíže či právě chování typické pro poruchy příjmu potravy, jmenovitě můžeme uvést excesivní cvičení, užívání návykových látek či extrémní diety (Lavender et al., 2012). U mužů se hojně vyskytuje také sociální úzkost spojená se strachem z negativní evaluace druhými. Sociální úzkost bývá spojována s úzkostnou nejistou vazbou k důležitým osobám. Muži se bojí odmítnutí, což je vede k větší snaze o to, aby jejich osobnost i postava odpovídala co nejvíce představám společnosti (Dakanalis et al., 2014).

U chlapců a mužů je třeba problematiku nespokojenosti s vlastním tělem dále zkoumat. Zejména je třeba zaměřit se na přesnou souvislost poruch příjmu potravy a nespokojenosti s tělem jako rizikovým faktorem jejich vzniku. Existující literatura naznačuje, že nespokojenost s tělem u dívek zvýší komentáře rodičů, zejména pak matky. U chlapců mají na body image výraznější vliv vrstevníci (McCabe & Ricciardelli, 2004).

Wyssenová et al. (2016) ve své studii představují model narušeného jídelního chování vysvětlující právě roli nespokojenosti s tělem, emoční dysregulace a narušení kognice. Dle výzkumnic jen pouhá představa sebe sama při požívání zakázaného jídla evokuje negativní prožitky týkající se těla, dále pak spouští body checking a zvyšuje dietní omezení. Autoři (Lavender et al., 2012) dříve citované studie pak mluví o fenoménu mindlessness, který je doprovázen automatickými negativními myšlenkami o tvaru těla a váze, což vede k vyhubému chování. Opakem tohoto stavu je pak mindfulness. Při tomto nastavení mysli jsou muži schopni lépe se vyrovnat s negativními myšlenkami a jejich vnímání těla je flexibilnější.

Výzkumné studie věnují v posledních letech značnou pozornost nespokojenosti s tělem a s ní souvisejícími poruchami příjmu potravy u rizikové skupiny, kterou jsou muži s homosexuální orientací. Dle sociokulturní teorie mají minority, včetně homosexuálních mužů, specifické normy týkající se fyzického vzhledu (Calzo, Blashill, Brown, & Argenal, 2017). Dle Griffithse et al. (2018) je u homosexuálně orientovaných mužů patrná vyšší nespokojenost s tělem, více se vyskytují i samotné PPP. Kaminskiová, Chapman, Haynesová a Own (2005) u mužů s homosexuální orientací zaznamenávají vyšší výskyt disturbancí body image a vyšší riziko behaviorálních symptomů PPP, jak oproti heterosexuálním mužům, tak oproti homosexuálním ženám. Až 40 % minority dle těchto autorů bojuje s weightismem. Právě kvůli posměškům a předsudkům zejména muži s homosexuální orientací vyhledávají odbornou

pomoc později (Limbers et al., 2018). Oproti heterosexuálním mužům jsou pak u homosexuálů běžnější přísnější diety a užívání pilulek na hubnutí (Calzo et al., 2017), což může být spojeno také s vyšším strachem z tloustnutí a větším porovnáváním se s ostatními. Jedna z nejnovějších dostupných studií (Strübel & Petrie, 2020) poukazuje na signifikantně vyšší míru výskytu body shamingu u homosexuálních mužů. Posměšky pak vedly u mužů v jejich vzorku ke vzniku specifických jídelních vzorců (diet) a k většímu sledování sebe sama. Zdá se také, že homosexuální muži více než heterosexuálové přeceňují vliv jídla na hmotnost. Jsou si také více vědomi tlaku společnosti na jejich osobu. Vyšší riziko rozvoje PPP u této skupiny je vysvětlován také tím, že homosexuálové považují podobně jako ženy za ideální nižší váhu a BMI než muži heterosexuální (Kaminski et al., 2005).

3.1 Muskulární dysmorfie

Muskulární dysmorfie, označovaná také jako bigorexie či jako obrácená anorexie nervosa, byla poprvé popsána Popem, Katzem a Hudsonem v roce 1993. Tento tým autorů také vytvořil následující diagnostická kritéria muskulární dysmorfie:

Zaujetí myšlenkou, že jedincovo tělo není dostatečně štíhlé a svalnaté. Chování spojené s touto představou typicky zahrnuje hodiny věnované zvedání závaží či nadměrnou pozornost věnovanou stravování.

Toto zaujetí je manifestováno nejméně dvěma z následujících čtyř kritérií:

- 1) Jedinec často vynechává důležité sociální, pracovní či volnočasové aktivity, aby byl schopen udržet plán cvičení a diety.
- 2) Jedinec se vyhýbá situacím, v nichž je jeho či její tělo odhaleno ostatním či tyto situace překonává s prožitky markantního distresu. Zaujetí neadekvátností velikosti těla či muskulatury způsobuje klinicky signifikantní distres nebo narušení sociálního, profesního a jiného fungování.
- 3) Jedinec pokračuje ve cvičení, dietě nebo v užívání substancí podporujících výkon i přesto, že si je vědom negativním fyzických nebo psychických konsekvencí svého jednání.

Myšlení a chování je primárně zaměřeno na představu jedince, že je neadekvátně svalnatý či malý. Liší se od strachu z tloušťky vyskytujícího se u anorexie nervosy nebo

od primárního zaujetí jinými aspekty vzhledu, jaké nacházíme u jiných forem body dysmorphic disorder (Mosley, 2009, s. 192).

V DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2013) je muskulární dysmorfie definována jako podtyp body dysmorphic disorder. Zařazení MD jako podtypu body dysmorphic disorder vyplývá z tvrzení, že jedinci s MD jsou primárně zaujati mírou svalnatosti, respektive strachem z nedostatečného osvalení a s ním souvisejícího kompenzačního mechanismu v podobě excesivního cvičení. Diety a jídelní omezení jsou pak považovány pouze za sekundární projev MD (Bégin, Turcotte, & Rodrigue, 2019). Někteří autoři (Murray et al., 2012) však toto tvrzení vyvracejí a na svých vzorcích demonstrují značné zaujetí dietou a potravinami. V případě citované studie byla dietní omezení dokonce výraznější než u skupiny anorektiků. Tyto poznatky tedy vedou k tendencím zařazovat MD k poruchám příjmu potravy. Lidé s muskulární dysmofií navíc nemusí vykazovat všechny symptomy BDD. Kompulzivní chování u nich nabývá vyšší závažnosti než u BDD a taktéž je u nich běžnější užívání anabolik. Dále jsou u nich častější pokusy o sebevraždu (Pope et al., 2005). Výskyt kompulzí a obsesí pak spojuje MD s obsedantně – kompulzivní poruchou. Béginová et al. (2019) jako příklad projevů typických pro muskulární dysmorfii i obsedantně – kompulzivní poruchu jmenují repetitivní chování v podobě zvedání závaží a značnou rigiditu chování a myšlení, jíž můžeme nejlépe pozorovat na neměnném jídelníčku osob s muskulární dysmofií.

Společným projevem poruch příjmu potravy, poruch body image a muskulární dysmorfie je body checking, tedy nadměrně frekventovaná evaluace tvaru, velikosti a váhy těla. K zachycení míry body checkingu existuje dotazník vytvořený specificky pro muže nazývaný Male Body Checking Questionnaire (Walker, Anderson, & Hildebrandt, 2009). Repetitivní kontrola těla se u MD stává rituálem a podobně jako ostatní symptomy negativně ovlivňuje ostatní sféry jedincova života. Dle Béginové et al. (2019) jedinec věnuje stále více času cvičení a jiným sportovním aktivitám vedoucím k nárůstu svalů a zanedbává sociální vztahy i profesionální povinnosti. Murray et al. (2012) ve své studii porovnávají muskulární dysmorfii s anorexií nervosou a u obou diagnóz konstatují užívání cvičení jako prostředku ke zlepšení nálady. O'Deaová a Abrahamová (2002) na vzorku 93 univerzitních studentů potvrzují pozitivní efekt cvičení na náladu. Pokud byl ale rozvrh cvičení narušen, objevila se u studentů podrážděnost a vztek. Aby se negativní emoce neobjevily, cvičili muži i v době, kdy byli nemocní či jinak fyzicky indisponovaní.

Zajímavá je také podobnost MD s ortorexií nervosou spočívající v odmítání jídla. Osoby trpící některou z uvedených poruch jídlo odmítají, pokud nemají informace o jeho původu, nutričních hodnotách či kaloriích. O této podobnosti informuje i Mosley (2009), jenž specificky u bodybuilderů s MD mluví také o rigidním chování spojeném se cvičením a stravou. Autor také zmiňuje, že bodybildeři s postupujícím časem utrácejí stále více peněz za doplňky stravy. Hlavní nebezpečí však tkví v dlouhodobém užívání steroidů, které způsobuje zvýšení cholesterolu, zvětšení prostaty či vypadání vlasů.

4. Diagnostika a terapie poruch příjmu potravy

V této kapitole se budeme věnovat diagnostice a terapii poruch příjmu potravy. Tuto kapitolu považujeme za relevantní zejména proto, že diagnostický proces je u mužů složitější, jelikož většina nástrojů byla zhotovena pro ženskou populaci. V sekci věnované terapii poruch příjmu potravy budou zmíněny nejčastěji používané terapeutické techniky a směry, avšak zmíněny budou i projekty zaměřené vyloženě na léčbu mužů s poruchami příjmu potravy.

4.1 Možnosti diagnostiky poruch příjmu potravy u mužů

Základním nástrojem pro diagnostiku poruch příjmu potravy, respektive zachycení symptomů, které PPP definují, jsou dotazníkové metody. Mezi nejčastěji používané metody patří Eating Disorder Inventory (dále „EDI“), Eating Disorder Examination Questionnaire (dále „EDE – Q“) a Eating Attitudes Test – 26 (dále „EAT – 26“). Tyto metody budou v následujících odstavcích více popsány. V začátku ovšem považujeme za důležité připomenout, že normy u těchto nástrojů byly vytvořeny původně pro ženskou populaci a pro muže nám klinické normy chybí. Pokud pak byla zkoumána výhradně mužská populace, vzorky byly výrazně menší než u žen (Smith et al., 2017). Následně se budeme zabývat metodami specificky zaměřenými na diagnostiku ortorexie nervosy, muskulární dysmorfie a metodami vytvořenými přímo pro muže.

Obecně lze říct, že muži jsou často poddiagnostikováni, jelikož u nich výskyt těchto diagnóz není očekáván. Praktičtí lékaři často nevědí, jak vypadá klinický obraz PPP u mužů a nedokážou tedy adekvátně reagovat. Muži navíc často k lékařům chodí se somatickými stížnostmi, které jsou však doopravdy spojené s PPP. Lékař ovšem mnohdy pouze ošetří somatický symptom, aniž by jej napadlo, že je zde složitější psychologický problém (Sangha, Oliffe, Kelly, & McCuaig, 2019). Dle Thapliyalové et al. (2020) je mužům často přidělena chybná diagnóza, zejména se prý jedná o poruchy nálady a úzkostné poruchy. Muži se podle dat citovaných autorů s touto diagnózou vyrovnávají lépe než s diagnózou z kategorie poruch příjmu potravy.

Jak již bylo opakovaně zmíněno výše, u mužů se setkáváme spíše se subklinickými typy poruch příjmu potravy. Pokud pak muži nenaplní kritéria PPP, avšak symptomy těchto poruch jsou v jejich klinickém obraze patrné, používají odborníci termín *disordered eating behaviour*, v češtině narušené jídelní chování (Nurkkala et al., 2016). Dle Murraye et al. (2017) jsou muži často diagnostikováni s OSFED, protože kritéria jiných poruch příjmu potravy jsou pro ně

neaplikovatelná. Velkým pokrokem v tomto směru bylo vyřazení menstruace jako kritéria pro diagnostikování AN v DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2013). Upraveno bylo také kritérium týkající se nízké váhy. Důvodem bylo zjištění, že muži mají v době přijetí do léčby většinou vyšší BMI než ženy, avšak i při mírné podváze se u nich vyskytují výrazné zdravotní komplikace (Vo et al., 2016). Diagnostiku kromě nejasných norem ztěžuje také častější premorbidní obezita mladých mužů, která způsobuje pozdější projev symptomů (Limbers et al., 2018). Muži mohou také dlouho zůstat nediodagnostikováni, jelikož programy věnované prevenci a testování rizika vzniku PPP na základních a středních školách jsou cíleny primárně na dívky. Chlapcům není věnováno tolik pozornosti a navíc lze obecně říci, že u nich PPP propukají až později a v době, kdy se provádějí screeningová vyšetření, se u nich porucha ještě nemusela projevit (Nagl et al., 2016).

Eating Disorder Inventory

Autoři prvního ze zmíněných dotazníků explicitně sdělují, že dotazník vytvořili jako screeningový nástroj, a nikoliv jako samostatný nástroj diagnostický (Kjelsål et al., 2003). První verze EDI vznikla v roce 1983 (Zámečník, 2015). Od té doby prošel dotazník několika revizemi a v současnosti pracujeme se třetí revizí nazvanou jednoduše EDI – 3. Tuto poslední verzi vytvořil Garner v roce 2004 a jedná se o 91 položkovou sebesuzovací metodu skládající se z dvanácti škál, kterými jsou: touha po štíhlosti, bulimie, nespokojenost s tělem, nízké sebevědomí, odcizení sama sobě, interpersonální problémy, interoceptivní deficit, interpersonální nejistota, emoční dysregulace, perfekcionismus, asketismus, a strach z dospívání (Smith et al., 2017). Pro diagnostiku mužů s PPP se zdají být důležité škály bulimie a nespokojenosti s tělem (Kjelsål et al., 2003). Greenbergová a Schoenová (2008) však upozorňují na odlišné způsoby používání tohoto nástroje, jelikož někteří autoři si jeho položky upravují, respektive přidávají další, aby byl nástroj reliabilnější pro mužskou populaci.

Eating Disorder Examination Questionnaire

EDE – Q je sebesuzovací dotazník složený z 28 položek. Probandi zde na sedmibodové škále hodnotí, kolikrát za posledních 28 dní se u nich popsání problémy vyskytly (Jennings & Phillips, 2017). EDE – Q bude více popsán v empirické části diplomové práce, jelikož bude využit v rámci mapujícího výzkumu, který byl v rámci diplomového úkolu realizován.

Eating Attitudes Test

EAT – 26 je zkrácenou verzí dotazníku EAT- 40. Tato metoda byla validizována na ženách a je považována za vhodnou pro screening v neklinické populaci. Za cut off je obecně přijímáno skóre 20 bodů (Adams et al., 2005). Tento test je nejlépe dostupný na internetu, protože má své vlastní stránky www.eat-26.com, kde si zájemci mohou test vyplnit. EAT – 26 se zaměřuje na tři oblasti typické pro PPP. Jedná se o držení diet, bulimii a obavy týkající se jídla a o orální kontrolu (Mayo & George, 2014).

Eating Disorder Assessment for Men

K překonání problému s využíváním metod původně vytvořených pro ženy má sloužit metoda se zkratkou EDAM skládající se z 50 položek a zabývající se behaviorálními a kognitivními symptomy specifickými pro muže s PPP. Konkrétně se metoda zabývá následujícími pěti oblastmi: problémy s jídlem, obavy týkající se váhy, problémy spojené se cvičením, obavy týkající se body image, narušené stravovací návyky (Limbers et al., 2018).

4.1.1 Další metody k diagnostice PPP

Ortorexie nervosa

Nejasná diagnostická kritéria znesnadňují i tvorbu diagnostikujících nástrojů měřících symptomy ON. U ortorexie se předpokládá nejméně rovnoměrný výskyt onemocnění mezi pohlavími, proto se testy předkládají smíšeným vzorkům se snahou zahrnout pohlaví rovnoměrně. Většina nástrojů měřících ortorexii nervosu vychází z ***Bratmanova sebezposuzovacího dotazníku*** složeného z deseti otázek, na něž se dá odpovědět ano či ne (Bratman & Knight, 2000).

Nejčastěji se v současnosti užívá dotazník ***ORTO – 15***, který v roce 2004 vytvořili Donini et al. (2004). Dotazník tvoří 15 položek, na které lze odpovědět na čtyřbodové škále. Cut off byl autory určen na 40 bodů, avšak Vargaová, Thege, Dukay – Szabóová, Túry, & van Furth, 2014 (2014) později hraniční skór upravují na 35 bodů. Tentýž kolektiv autorů upozorňuje také na otázku nejasné validity a reliability nástroje. Dle autorů se relevantnost položek liší v různých kulturách.

Jako alternativa k ORTO – 15 se začíná používat dotazník ***Eating Habits Questionnaire*** mající tři subškály (znalosti týkající se zdravého stravování, problémy s ním spojené a škála pozitivních prožitků týkajících se zdravého stravování) (Gleaves et al., 2013) a v německy

mluvících zemích pak **Düsseldorfská škála ortorexie**. Tato škála ovšem nebyla standardizována a není dostupná v anglickém jazyce (Barthels, Meyer, & Pietrowsky, 2015).

Muskulární dysmorfie & metody s ní související

Adonis Complex questionnaire

Tento dotazník specificky pro muže vyvinul Pope s kolektivem autorů v roce 2000. Jedná se o škálu zabývající se různorodými narušeními body image. Dotazník sice řeší narušení body image typickou pro PPP, avšak zabývá se například i nespokojeností s velikostí penisu, a také proto není příliš často citován (Sepúlveda, Rica, Moreno, Román, & Compte, 2019).

Male Body Dissatisfaction scale

Male Body Dissatisfaction Scale je 25 položková škála, kterou v roce 2009 pro muže vytvořil autorský kolektiv Ochner, Gray a Brickner (2009), aby zastavil používání nástrojů měřících nespokojenost s tělem vytvořených pro ženy a později pouze upravených pro muže. Da Silva, Marôco, Ochner a Alvares Duarte Bonini Camposová (2017) později nástroj upravují, jelikož ve své studii provedené na 932 probandech zjistili nedostatečné psychometrické kvality nástroje. V praxi se tato škála využívá poměrně hojně.

Drive For Muscularity Scale

Tato škála se v odborných studiích užívá velmi často a zachycuje zejména symptomy typické pro muskulární dysmorfii. Škále je však někdy vyčítáno právě úzké zaměření pouze na míru svalnatosti (Sepúlveda et al., 2019). Nástroj se skládá z 15 položek, na něž je možné odpovídat na šestibodové Likertově škále. Součástí jsou dvě subškály – postoje ke svalnatosti a chování orientované na svalnatost. Nástroj je opakovaně používán zejména kvůli excelentní interní konzistenci a konvergentní validitě (Bégin et al., 2019).

Bodybuilder Image Grid

Bodybuilder Image Grid (dále „BIG“) je metodou měřící nespokojenost za použití vizuálních pomůcek. Jedná se o 30 obrázků se siluetami mužských těl, které se liší mírou osvalení a tělesného tuku. Muži mají vybrat ideální figuru, figuru, kterou nyní mají, pro ně nejvíce atraktivní figuru a figuru, o které si myslí, že je nejatraktivnější pro ženy. Tato metoda prokázala vysokou reliabilitu a validitu (Mayo & George, 2014).

Muscle Dysmorphia Inventory

Závěrem zmíníme Muscle Dysmorphia Inventory (dále „MDI“) neboli Inventář svalové dysmorfie, tedy dotazníkovou metodu čítající 27 položek. Inventář se skládá ze šesti subškál, z nichž každá charakterizuje problémy spojené s muskulární dysmorfii. Tyto škály pak reprezentují dva faktory. První tři škály se v češtině dají nazvat následovně: užití farmakologických preparátů, užití doplňků stravy, dieta. Tyto tři škály jsou spojeny do faktoru nazvaného „Výživa“. Druhý faktor se nazývá „Fyzické obavy“ a jsou v něm zahrnuty škály týkající se symetrie a velikosti těla, fyzické ochrany a závislosti na cvičení (Rhea, Lantz, & Cornelius, 2004). MDI a výše zmíněný Bodybuilder Image Grid budou detailněji popsány v empirické části práce.

4.2 Terapie poruch příjmu potravy

V následujících odstavcích se budeme zabývat terapií poruch příjmu potravy u mužů. Úvodem je třeba říci, že nástup do terapie, respektive doba od propuknutí nemoci do chvíle nástupu do terapie, se liší u jednotlivých poruch příjmu potravy a jak již bylo řečeno, detekci ovlivní také premorbidní obezita, která je u mužů pravděpodobnější než u žen. V případě muskulární dysmorfie je detekce a přiznání si problému ztížené tím, že muži obecně více cvičí a fyzická aktivita je u nich považována za běžnou (Strother et al., 2012). Greenbergová a Schoenová (2008) ovšem konstatují, že muži spíše vyhledají pomoc kvůli potížím s nadváhou či s jiným přidruženým problémem, jako je obsedantně – kompulzivní porucha nebo deprese než kvůli samotné poruše příjmu potravy. U muskulární dysmorfie se také nejčastěji setkáváme s užíváním stimulancií, která se mnohdy při terapii stávají primárním problémem a ostatní příznaky a problémy spojené s PPP jsou odsunuty do pozadí a není jim věnována adekvátní pozornost (Strother et al., 2012).

Kvůli stigmatizaci muži také méně často hledají pomoc a pokud do terapie nakonec nastoupí, je to obvykle po delší době, než je tomu u žen. O'Deaová a Abrahamová (2002) například ve svém výzkumu zjistily, že muži z jejich vzorku nevyhledali pomoc, i když věřili, že jejich stravovací a cvičební návyky jsou nezdravé. Později se do terapie dostávají zejména homosexuálové, na něž je společností vyvíjen ještě větší tlak. Muži si navíc často svůj problém ihned neuvědomí, jelikož jej přisuzují pouze ženám a často diagnózu neurčí ihned ani odborník (Limbers et al., 2018). Později do terapie nastupují zejména muži trpící bulimií nervosou, kteří se za svůj problém stydí. Naopak anorektici jsou většinou diagnostikováni a do terapie nastupují

dříve než ženy, protože více než ony přitahují pozornost, což opět souvisí s nenaplněním ideálu společnosti (Freeman, 2005).

Zájem o mužské poruchy příjmu potravy se zvyšuje, avšak některá témata stále nejsou v odborných studiích rozebrána. Takovým tématem je například téma relapsu u mužů. Autorský tým Strober et al. (2006) na svém vzorku pozorovali vyšší relaps u dívek než u chlapců s anorexií nervosou a Limbersová et al. (2018) obecně doporučují zařadit do terapie strategie vedoucí k prevenci relapsu zejména u sportovců, u nichž budou do jisté míry pravděpodobně stravovací omezení a fyzická aktivita pokračovat. Během rešerše se nám ovšem nepodařilo najít žádné přesnější údaje týkající se procenta relapsu u mladých mužů.

Bardone – Coneová et al. (2019) ve své kvalitativní studii vyzdvihují také nejasné vymezení pojmu zotavení. Dotazovaní muži mající zkušenost s PPP mluvili o behaviorálních, kognitivních a fyzických aspektech zotavení. Behaviorální aspekty se vztahují k nepřítomnosti objektivních epizod záchvatovitého přejídání, zvracení, půstů v posledních třech měsících. Kognitivní zotavení se vztahovalo ke změně myšlení a dovolení si jíst dříve zakázaná jídla. Fyzické zotavení bylo spojeno s přírůstkem na váze a BMI hodnotou přesahující 18,5. Lewke – Bandara, Thapliyalová, Contiová a Hayová (2020) u svých probandů zjistili chápání zotavení jako cesty, na níž je potřeba stále se vyhýbat spouštěčům rizikového chování. Zotavení je ve studii těchto autorů definováno jako zlepšení psychosociálního well – beingu. Tyto studie však byly pouze pilotní a byly provedeny na malém vzorku, do budoucna je tedy třeba sledovat procento zotavených mužů na větších reprezentativních vzorcích. Stejně tak se zdá, že pouze malá část výzkumníků zohlednila účinnost jednotlivých terapeutických postupů specificky pro mužskou populaci. V následujících odstavcích budou tedy uvedeny dostupné informace o terapeutických metodách užívaných pro léčbu PPP.

Nejprve se krátce zmiňme o nutnosti **multidisciplinarity týmu**. Kromě terapeuta by měl být součástí odborného týmu i lékař a výživový poradce, jehož úkolem je sestavení vyváženějšího jídelníčku. U mužů by měla také vždy proběhnout konzultace s fyzioterapeutem či kondičním trenérem, kteří by pacientovi pomohli s vytvořením racionálního plánu cvičení (Greenberg & Schoen, 2008). Přítomnost výživového poradce je důležitá u léčby všech poruch příjmu potravy, avšak zásadní se jeví zejména u ortorexie nervosy, jelikož u této poruchy pacienti sice zpravidla neprotestují proti přírůstku na váze, ale zásadně odmítají užití farmak, protože jejich užití není v souladu s pravidly zdravého stravování (Koven & Abry, 2015). Právě **farmakoterapie** je však taktéž součástí léčby poruch příjmu potravy. U bulimie nervosy se primárně užívají antidepresiva a pro BED se primárně užívá preparát zvaný lisexamfetamine.

Dle Davise a Attiay (2017) je u obou zmíněných diagnóz účinek farmak zřetelný, avšak u anorexie nervosy dle nich jasný efekt farmak není. Naopak Kovenová a Abryová (2015) pro anorexii a ortorexii nervosu za účinnou považují psychotropní medikaci.

Základem každé léčby je **psychoedukace**, která má klienta poučit o přiměřené stravě, pomoci mu získat náhled na onemocnění a jeho reálnou body image. V případě muskulární dysmorfie má být speciálně rozebráno také téma užívání steroidů a jeho nástrahy (Greenberg & Schoen, 2008). Dle Krcha (1999) může u mírných forem PPP edukace stačit a pacient se následně uzdraví za pomoci řízené svépomoci, například za použití svépomocné příručky. Pro ortorexii například existuje kniha *Health Food Junkies*, která je velmi propracovanou svépomocnou příručkou, avšak autoři knihy Bratman a Knight (2000) explicitně upozorňují na to, že v mnoha případech není svépomoc dostačující.

V předchozích kapitolách byl opakovaně zmiňován deficit v exekutivních funkcích jedinců s PPP. V návaznosti na tato zjištění Juarasciová et al. (2015) doporučují zařadit do terapie cvičení zaměřená na trénink kognitivních funkcí. Kognitivní remediační terapie snižuje kognitivní rigiditu a zvyšuje procento pacientů, kteří v terapii zůstanou.

Zatím neexistuje ucelený manuál pro terapii poruch příjmu potravy u mužů, ale mnozí autoři sdílí zkušenosti získané v praxi ve svých výzkumných článcích. Greenbergová a Schoenová (2008) například radí zaměřit se při terapii na silné stránky mužů a jasně definovat realizovatelné cíle. Více než u žen je pak dle autorek třeba pracovat na sdílení emocí. Je nutné pracovat také na jejich zvládnutí, jelikož dle Brosafa et al. (2019) muži používají nevhodné strategie spojované s PPP právě k regulaci negativního afektu. Limbersová et al. (2018) zase radí zaměřit se více na zlepšení vztahů s ostatními. Nyní se již přesuneme k psychoterapeutickým směrům a metodám, které se při terapii poruch příjmu potravy používají.

Kognitivně – behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie (dále „KBT“) patří mezi na důkazech založené terapie využívané k léčbě PPP (Turner, Bryant – Waugh, Mashall, & Wood, 2019). Cílem KBT je modifikace abnormálních postojů k jídlu, jezení, váze a tvaru těla. Klienti trénují rozeznání iracionálních myšlenek a pocitů vedoucích k nežádoucímu chování. V současné době ovšem někteří výzkumníci volají po zvýšení prostoru věnovaného behaviorálním technikám na úkor technik zaměřených na změnu kognice. Tato tendence prosazovat zejména behaviorální

techniky se projevuje především u bulimie nervosy, u níž se s vývojem KBT nezvedá procento lidí v plné remisi (Södersten, Bergh, Brodín, & Zandian, 2017).

Jednou z behaviorálních technik je technika zvaná ***mirror exposure***, tedy terapeutem vedené sledování sebe sama v zrcadle. Lidé s poruchami příjmu potravy mají totiž tendenci sledovat svůj obraz v zrcadle se zaměřením na části, které jsou jimi subjektivně vnímány jako nejméně atraktivní. Existují různé verze této terapie. Klient buď může koukat na určité části svého těla či sleduje celé tělo současně a komentuje emoce, které přicházejí. Ve studii, z níž vycházíme, bylo při použití mirror exposure u pacientů s BED shledáno zlepšení nálady, zvýšení sebevědomí a snížení symptomů PPP. Obdobně může být technika užívána i pro muskulární dysmorfii (Griffen, Naumann, & Hildebrandt, 2018). Jansenová (1998) pak pro BN doporučuje expozici jídlům, která klient požívá při záchvatech přejídání. Tato jídla jsou prezentována v různých situacích a klient se má naučit ovládat své stravovací chování.

Psychodynamická terapie

Z hlediska doby trvání je časově náročnější psychodynamická terapie, která je dle metaanalýzy provedené Steinertovou, Munderem, Rabungem, Hoyerem a Leichsenringem (2017) svou účinností rovná KBT. Dle autorů je dokonce u psychodynamické terapie statisticky vyšší zlepšení psychosociálního fungování klientů. Na rozdíl od KBT, jež se primárně zaměřuje na behaviorální symptomy PPP, se psychodynamická terapie soustředí spíše na deficity ve struktuře ega (Dakanalis, Riva, Gaudio, & Cleric, 2017).

Interpersonální terapie

IPT je krátkodobou léčbou, která se soustředí na interpersonální problémy klienta. Tato intervence byla nejprve vyvinuta pro terapii deprese. Později byla modifikována pro léčbu bulimie nervosy a nyní ji využíváme i při terapii BED. Terapie je vhodná pro osoby starší 18 let, tedy i pro mladé muže. Na rozdíl od KBT nezprostředkovává interpersonální terapie přímou změnu symptomů, ale změny se dějí nepřímo přes změny vztahů, a proto je účinek IPT pomalejší (Fairburn et al., 2015).

Rodinná terapie

Jak vyplývá z názvu, terapeut pracuje s rodinným systémem. Rodiče se mají stát schopnými podpořit dítě, dospívajícího či mladého dospělého v procesu zotavování. Terapie má tři fáze – jedná se o fázi normalizace stravování, fázi obnovy nezávislého stravování mladého jedince a o fázi zaměřenou na vývojové problémy. Tato terapie je prováděna většinou

v zařízeních, v nichž pacienti nejsou hospitalizováni (Coelho, Beach, O'Brien, Marshall, & Lam, 2019), což může být výhodou pro dospívající chlapce a mladé muže, protože ti často nechtějí být hospitalizováni na oddělení, kde převládají ženské pacientky. Jednotlivé možnosti terapie PPP by jistě šly rozebrat do větší hloubky, avšak toto není předmětem diplomové práce. Považujeme však za důležité zmínit, že muži dle nejnovějších studií hodnotí existující terapeutické techniky a směry jako vhodné i pro ně, ale přejí si větší zaměření na témata relevantní pro jejich pohlaví a také, aby je odborníci přijímali jako jedinečné bytosti a nesrovnávali je s ženami (Kinnaird, Norton, Pimblett, Stewart, & Tchanturia, 2019).

Závěrem dodejme, že v některých zařízeních mužské klienty ani nepřijímají. Například Goldstein et al. (2016) v USA našli 100 rezidenčních programů pro klienty s poruchami příjmu potravy, avšak pouze 20 % z nich přijímalo klienty mužského pohlaví. Ti navíc často uváděli, že se v převážně ženské skupině cítili nesví. Specificky pro muže byla proto vytvořena Gender Based terapie pro PPP. Muži zde při individuálních i skupinových sezeních mohou řešit i problematiku spojenou se cvičením a svalnatostí (Greenberg & Schoen, 2008). Speciálně pro muže pak vznikl PRIDE Body Project, jehož cílovou skupinou jsou právě mladí muži ve věku 18–30 let s menšinovou orientací. Cílem projektu je snížit internalizaci společností udávaného ideálu mužské krásy, čímž má být snížen i riziko vzniku a přetrvání PPP. Program má snížit nespokojenost s tělem nebo například zredukovat bulimické symptomy (Calzo et al., 2017).

V České republice v dubnu letošního roku začíná nový výcvik zaměřený exkluzivně na terapii poruch příjmu potravy. Tento výcvik má rozšířit kvalifikaci odborníků pracujících v této oblasti a dle dostupných informací bude vycházet ze zahraničních poznatků a praktik. Můžeme tedy doufat, že se pomalu povědomí o specifikách terapie mužů s poruchami příjmu potravy rozšíří i mezi české odborníky.

Výzkumná část

V literárně přehledové části diplomové práce byly představeny jednotlivé poruchy příjmu potravy a s nimi související koncepty relevantní pro muže. Empirická část práce na tento úvod do problematiky naváže. V České republice se tématu poruch příjmu potravy u mužů na odborné úrovni doposud prakticky nevěnovala pozornost, proto cílem diplomové práce bylo zmapování výskytu symptomů poruch příjmu potravy u mladých mužů mezi 18 a 30 lety. K tomuto účelu byla použita dotazníková baterie skládající se z dotazníku EDE-Q, MDI a BIG. Ani jedna z používaných metod není v naší zemi standardizována, avšak k dnešnímu datu není v České republice k dispozici žádná standardizovaná metoda zabývající se tematikou PPP u mužů, proto autorka práce využila existující metody zahraniční, jejichž psychometrické kvality byly alespoň částečně prozkoumány s ohledem na mužskou populaci.

Ortorexie nervosa nebyla do výzkumné části zahrnuta, poněvadž nejsou ustanovena jednotná diagnostická kritéria a využití nástrojů zabývajících se tímto fenoménem by taktéž bylo problematické. Součástí testové baterie byl i dotazník zachycující spokojenost, respektive nespokojenost s tělem, o níž bylo v literárně přehledové části taktéž pojednáno. Šetření proběhlo online a mělo screeningový charakter. Cílem této části práce bylo zmapování výskytu symptomů u českých mladých mužů a vzájemných souvislostí mezi měřenými fenomény. Větší cíle nebylo možné realizovat, jelikož nemáme české výzkumy, na které by bylo možné navázat. Ač se situace lepší a alespoň na internetu jsou v češtině zveřejňovány články o tom, že PPP nejsou jen ženským problémem, odborné studie na tomto poli stále chybí a v příručkách a knihách se stále mluví pouze o dívkách s poruchami příjmu potravy.

5. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky

Výzkumné šetření mělo explorační povahu a jeho cílem bylo zmapovat, zda a v jaké míře se u stávajícího vzorku vyskytují příznaky poruch příjmu potravy a zda tyto nálezy odpovídají nálezům zahraničním. Dále nás zajímalo, jaký bude u stávajícího vzorku českých mužů vztah mezi výsledky dotazníku zjišťujícího přítomnost symptomů klasických poruch příjmu potravy (EDE-Q) a dotazníku zkoumajícího symptomy muskulární dysmorfie (MDI). V literatuře se totiž objevuje předpoklad, že tyto dva koncepty jsou velice odlišné a příznaky typické pro klinický obraz jednoho z nich se neobjevují u druhého (Bégin et al., 2019), avšak jiní autoři (Murray et al., 2012) toto tvrzení vyvrací. Dále si práce kladla za cíl prozkoumat zvlášť nespokojenost s mírou svalnatosti a nespokojenost s mírou tuku a jejich vztah k symptomům PPP měřených dotazníkem EDE – Q. Naším cílem bylo také prozkoumání vztahu symptomatologie poruch příjmu potravy a BMI, poněvadž muži s PPP nemusí mít vždy nízké BMI a ani po něm nemusí toužit.

Pro zjednodušení mohou být výzkumné otázky formulovány následovně:

- A) Jsou symptomy vlastní klasickým PPP (např. zaujetí jídlem, dietou) pro muskulární dysmorfii opravdu nepodstatné/druhotné nebo se vyskytují společně?
- B) Odpovídá výskyt symptomatologie poruch příjmu potravy u mužů procentům uváděným v zahraničních studiích?
- C) Existuje u mužů vztah mezi symptomatologií poruch příjmu potravy a nespokojeností s tělem, liší se tento vztah pro nespokojenost s mírou tuku a mírou svalnatosti?
- D) Jaký je u mužů vztah mezi symptomatologií PPP a hodnotou Body Mass Indexu?
- E) Jaký je u mužů vztah mezi nespokojeností s tělem a hodnotou Body Mass Indexu?

Jednotlivé statistické hypotézy jsou formulovány následovně:

H₁: Výsledky v dotazníku EDE – Q signifikantně korelují s vypočítaným BMI.

H₂: Výsledky v dotazníku EDE – Q signifikantně korelují se skórem v dotazníku MDI.

H₃: Výsledky v dotazníku EDE – Q signifikantně korelují s výsledky škály nespokojenosti s mírou tuku v dotazníku BIG.

H₄: Výsledky v dotazníku EDE – Q signifikantně korelují s výsledky škály nespokojenosti s mírou svalnatosti v dotazníku BIG.

H₅: Výsledky v dotazníku MDI signifikantně korelují s vypočítaným BMI.

H₆: Nespokojenost s mírou tuku signifikantně koreluje s vypočítaným BMI.

H₇: Nespokojenost s mírou svalnatosti signifikantně koreluje s vypočítaným BMI.

6. Design výzkumného projektu

6.1 Typ výzkumu

Empirickou část tvoří kvantitativní výzkumný projekt, který byl proveden na neklinické populaci mladých mužů ve věku 18–30 let. Vzhledem k tomu, že informace týkající se výskytu poruch příjmu potravy a muskulární dysmorfie, jsou v tuzemsku, ale i ve světě, značně limitované, se jedná spíše o explorační studii, jejímž úkolem bylo zmapovat, zda a v jaké míře se popsané fenomény v daném vzorku vyskytují. Následně bylo využito korelační analýzy ke zjištění vztahů mezi fenomény měřenými jednotlivými dotazníky, ale také ke zjištění vztahu výsledků dotazníků k BMI.

6.2 Metody získávání dat a sběr dat

Sběr dat byl proveden online za použití platformy survio.com. Online testování bylo zvoleno jednak kvůli větší možnosti sdílení, ale také kvůli tomu, že muži o této tématice někdy nechtějí mluvit a při online testování nebyla narušena jejich anonymita. Baterie dotazníků byla respondentům přístupná od čtrnáctého prosince 2019 do šestého února 2020 pod názvem Inventář životního stylu mladých mužů. Název byl zvolen kvůli citlivosti tématu poruch příjmu potravy u mužů. PPP jsou navíc pro mnohé spojeny pouze se stravováním. Ve výzkumu se ovšem díky zahrnutí nástrojů zkoumajících MD zabýváme i tělesnými aktivitami mladých mužů, které v sobě slovní spojení „životní styl“ také obsahuje. Dotazník byl nastaven tak, aby nebylo možné přeskakovat jednotlivé položky a nedocházelo tedy k jejich opomenutí či záměrnému nezodpovězení. Výjimkou byly dvě položky v sociodemografické části dotazníku. První se tázala na to, kolik dní v týdnu proband cvičí. Otázka byla označena jako nepovinná, poněvadž navazovala na otázku předcházející, která zjišťovala, zda proband vůbec pravidelně cvičí či zda se věnuje nějaké fyzické aktivitě. Tato podotázka tak měla smysl pro ty, kteří odpověděli na předchozí otázku kladně, tedy že cvičí pravidelně. Někteří probandi však podotázku nevyplnili, i když odpověděli kladně. Druhou takovou otázkou byla položka zjišťující, jaké sportovní aktivitě se muži věnují. Tato položka měla pouze doplňující charakter, proto bylo rozhodnuto nechat ji jako nepovinnou. Její vyplnění či nevyplnění navíc záviselo na odpovědi na jednu z předcházejících otázek (viz příloha 2). O sdílení dotazníkové baterie bylo požádáno 109 subjektů, z toho 101 prostřednictvím soukromé zprávy na Facebooku a 8 dodatečně pomocí emailové zprávy. Z těchto subjektů 40 odpovědělo kladně, 8 záporně a 57 se

k prosbě o sdílení nevyjádřilo. Další 4 správci se sdílením dotazníku souhlasili, avšak následně se již neozvali a dotazník na svých stránkách nesdíleli.

Před zveřejněním dotazníků byl na 12 osobách proveden pilotní výzkum. Tito probandi, taktéž muži mezi 18 a 30 lety, autorce diplomové práce poskytli zpětnou vazbu týkající se srozumitelnosti otázek a časové dotace nutné k vyplnění baterie. I pilotní studie byla provedena formou online dotazníku, aby byly podmínky pro všechny probandy totožné. Na základě jejich postřehů byly některé otázky konkretizovány či byl upraven slovosled. Výsledky těchto mužů nebyly zahrnuty do statistické analýzy dat. Po konzultaci s účastníky pilotního výzkumu byly přidány na závěr baterie dvě otázky (viz příloha 6).

Pilotní studie byla provedena proto, že všechny tři použité metody, tedy EDE-Q, MDI a BIG, musely být pro účely diplomové práce přeloženy z anglického jazyka a bylo tedy nutné ověřit srozumitelnost překladu (viz přílohy 3, 4 a 5). Překlad paralelně provedly vystudovaná učitelka anglického jazyka a autorka diplomové práce. Následně byly překlady porovnány a diskutovalo se o případných odlišnostech. V případě přetrvávající nejistoty byly položky přeloženy zpět do anglického jazyka, aby byl zjištěn případný významový posun. Na základě zpětné vazby od probandů, kteří byli součástí pilotního výzkumu, byly některé položky oproti originální verzi zkonkretizovány. Jmenovitě se jednalo o položky z dotazníku MDI (viz příloha 4) zkoumající, zda probandi užívají steroidy, laxativa a diuretika. Při pilotní studii se totiž ukázalo, že vícero probandů nevědělo, jaké produkty se pod těmito názvy skrývají, a proto byly k jednotlivým položkám do závorky uvedeny vysvětlivky termínů.

6.2.1 Sociodemografický dotazník

Na začátku baterie bylo umístěno několik demografických otázek (viz příloha 2). Konkrétně bylo kontrolně zjišťováno pohlaví a věk. Následovaly otázky zjišťující sexuální orientaci, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav probandů.

Samostatná otázka patřila aktuální výšce a váze probanda. Tato data byla sebrána, aby bylo možné spočítat Body Mass Index pro jednotlivé respondenty. BMI je považováno za objektivní metodu sloužící ke zjišťování informací o tělesných proporcích jedince. Nejedná se ale o metodu ideální, jelikož například svalnatí jedinci či sportovci, kteří váží více, mohou být mylně považováni za obézní (Procházková, 2018). Tuto skutečnost bereme v potaz, avšak zvolený způsob testování nedovolil užití jiné metody. Abychom se více dozvěděly o probandových fyzických aktivitách, byly do sociodemografického dotazníku zařazeny dvě

otázky zjišťující, zda se proband nějaké takové aktivitě věnuje. Pokud proband odpověděl kladně, následovala otázka, kolik hodin denně aktivitě věnuje.

Kromě již zmíněných otázek byly na závěr baterie zařazeny také dvě otázky zjišťující, zda si respondenti myslí, že by bylo dobré kvůli jejich stravování/cvičení vyhledat odbornou pomoc a zda tak již někdy učinili. Tyto otázky byly do průzkumu zařazeny, abychom alespoň orientačně zjistily, zda někteří respondenti vnímají své stravovací či cvičební návyky jako problematické.

6.2.2 Eating Disorder Examination Questionnaire

EDE – Q je sebesposuzovací dotazník, jenž vznikl úpravou diagnostického interview Eating Disorder Examination, které je považováno za zlatý standard diagnostiky poruch příjmu potravy. Výhodou EDE – Q oproti diagnostickému interview, z něhož vychází, je kratší doba potřebná na vyplnění, ale taktéž fakt, že používání dotazníku je výrazně jednodušší a není k němu potřebné speciální školení (Lavender, De Young, & Anderson, 2010). Nástroj je využíván také proto, že má speciální verzi pro adolescentní chlapce i dívky (Limbers et al., 2018).

Dotazník se skládá z 28 položek, které jsou rozděleny do následujících čtyř subškál: obavy týkající se jídla, obavy týkající se váhy, obavy týkající se tvaru těla a restriktivní omezení. Pro každou ze škál je vypočítáno samostatné skóre, ale navíc se uvádí také skóre globální. Probandi hodnotí výskyt jednotlivých symptomů v posledních 28 dnech na sedmibodové Likertově škále. Možnosti jsou značeny od nuly do šestky s tím, že klinicky zajímavé jsou pro odborníky odpovědi s hodnotou čtyři a výše (Jennings & Phillips, 2017). Skóre se v dotazníku počítá z 22 položek, zbývajících šest položek je otevřených a zabývá se záchvatovitým přejídáním, užíváním laxativ, zvracením a kompulzivním cvičením (Hughes et al., 2016).

Smithová et al. (2017) konstatují, že muži obecně v EDE – Q, a stejně tak i v EDI, skórují níže. Schaeferová et al. (2018) tuto tendenci potvrzují a navrhují proto v EDE – Q pro muže nižší cut off, který by měl zajistit lepší bilanci mezi senzitivitou a specifitou nástroje. V jejich výzkumu zabývajícím se psychometrickými kvalitami nástroje bylo zjištěno, že i při použití na mužské populaci je zachována diskriminační validita nástroje, avšak výzkumníci si stále nejsou jisti, zda dotazník zachycuje všechny oblasti PPP relevantní pro muže – příkladem může být absence položek zabývajících se obavami spojenými se svalnatostí. Dle Limbersové

et al. (2018) navíc muži méně touží po plochem břiše a je u nich patrná menší snaha se při příjmu potravy skrývat. Lavender et al. (2010) se pokusili vytvořit normy EDE – Q pro mladé muže. V jejich vzorku se ukázalo, že muži globálně opravdu skórují níže než ženy. Srovnatelné výsledky mají v položkách zaměřených na cvičení a na jídelní restrikce. Do dnešního dne však neexistuje oficiální údaj o tom, jaké skóre je pro muže hraniční neboli jaká je hodnota oddělující normu od patologie. Meule (2019) od užívání cut offu u EDE-Q odrazuje, jelikož dle jeho názoru není žádný z dostupných cut offů pro muže relevantní. Vyjadřuje také přesvědčení, že výsledný skór může ovlivnit kulturní prostředí probandů. Nutnost vytvoření norem pro muže zdůrazňují i Nagata et al. (2019), kteří navíc upozorňují na nezbytnost vytvoření specifických norem pro homosexuální muže, jejichž skóre se od heterosexuálních mužů liší.

Dotazník byl v této diplomové práci použit proto, že je na internetu dostupný v ucelené formě i s manuálem. Výhodou byla také jeho relativní časová nenáročnost. Dotazník byl v diplomové práci použit jako součást testové baterie, aby bylo zajištěno zmapování oblastí, kterými se tento nástroj nezabývá, ale které se zdají být pro poruchy příjmu potravy u mužů nezanedbatelné.

6.2.3 Muscle Dysmorphia Inventory

MDI byl do baterie zařazen, poněvadž se zabývá muskulární dysmorfii a zaměřuje se z velké části přesně na ty aspekty mužských poruch příjmu potravy, které ve výše popsaném EDE-Q zachyceny nejsou. Opět se jedná o metodu dostupnou na internetu.

MDI je sebesuzovací inventář složený z 27 stručně a srozumitelně formulovaných otázek. Každou položku lze hodnotit na šestibodové škále (1 = nikdy, 6 = vždy). Vyšší skóre na škále je interpretováno jako vyšší pravděpodobnost manifestace škálou zachycovaného symptomu MD (Baghurst & Lirgg, 2009). Nástroj ale nemá oficiálně nastavený cut off rozlišující mezi normou a patologií.

Inventář se zabývá behaviorálními a psychologickými komponentami muskulární dysmorfie. Celkově jej tvoří šest subškál. Subškály se nazývají následovně: užití farmakologických preparátů (jmenovitě užití steroidů či syntetických hormonů), užití doplňků stravy (doplňky pro zvýšení výkonu a zdraví), dieta (regulace diety za účelem nárůstu svalové hmoty), symetrie a velikost těla (zaujetí tvarem, velikostí a mírou svalnatosti postavy), fyzická ochrana těla (zakrývání vlastního těla, aby jej ostatní lidé neviděli) a závislost na cvičení (striktní dodržování rozvrhu cvičení, negativní pocity při jeho narušení) (Rhea et al., 2004).

Nástroje pro zjišťování symptomů MD jsou stále ve vývoji a dochází k jejich úpravám pro jednotlivé národy. MDI obecně prokazuje dobrou vnitřní konzistenci, dle autorů nástroje se Cronbachovo alfa pohybuje v rozmezí od $\alpha = 0.72$ do $\alpha = 0.94$ (Rhea et al., 2004). Problematická je v některých studiích pouze subškála užití farmakologických preparátů (Diehl & Baghurst, 2016). Nízkou vnitřní konzistenci této subškály potvrzují i Hughesová et al. (2016), kteří psychometrické kvality nástroje zkoumali na australských mužích. Autoři si velkou variabilitu odpovědí vysvětlují tím, že užívání přípravků se velmi liší mezi běžnou populací a populací rizikovou (vzpěrači, bodybuilders atd.).

6.2.4 Bodybuilder Image Grid

Metoda Bodybuilder Image Grid byla zvolena jako doplňující k předchozím dvěma dotazníkům, zejména k metodě MDI. BIG byl publikován Hildebrandtem, Langenbucherem a Schlundtem v roce 2004 a slouží ke zjišťování narušení body image. Metoda je složena ze 30 mužských siluet lišících se mírou svalnatosti a tuku. Postav s nejvyšším procentem svalů nelze dosáhnout bez užití farmakologických preparátů (Santarnecchi & Dettore, 2012).

K dispozici jsou dvě verze metody nazvané BIG – Scaled a BIG – Original. Ve druhé zmíněné verzi volí respondenti obrázek nejlépe vystihující jejich současnou figuru a obrázek vystihující jejich vysněnou čili ideální figuru. Své odpovědi pak zpřesňují na škálách. Ve verzi dotazníku BIG – S je úkolem probanda vybrat čtyři obrázky. První dvě volby jsou totožné. Proband volí siluetu vystihující jeho postavu, obrázek ideální siluety a dále pak obrázek, na němž je dle jeho názoru nejatraktivnější postava. Čtvrtou a poslední volbou je volba postavy, o níž si myslí, že bude nejatraktivnější pro opačné pohlaví (Devrim et al., 2018). Druhá zmíněná verze byla použita i v této diplomové práci.

Hlavní dva údaje, se kterými metoda operuje, jsou nespokojenost s mírou tělesného tuku a nespokojenost s mírou svalnatosti. Pro výpočet nespokojenosti s mírou tělesného tuku využíváme vybranou současnou postavu (current fat mass), od níž odečteme hodnotu zvolené ideální postavy (ideal fat mass). Potřebné číselné údaje se rovnají sloupci, ve kterém se vybraná figura vyskytuje. Zprava doleva můžeme v každém sloupci sledovat postavy s nárůstem tuku o 6,5 %. Při výpočtu nespokojenosti s mírou svalnatosti postavy si všímáme řádků. Odečítáme hodnotu řádku, ve kterém je zvolená ideální postava od hodnoty řádku, v němž se nachází zvolená aktuální postava. Stejně jako ve sloupcích přibývá míra tuku, přibývá v řádcích směrem dolů míra svalnatosti. Ve čtvrtém řádku (FFMI = 25,63) a pátém řádku (FFMI = 29) se pak nacházejí postavy, jichž nelze docílit bez užití steroidů (Mayo & George, 2014).

Metoda BIG – S byla do práce zařazena, jelikož se jedná o krátkou metodu, z níž však lze získat cenné informace. Autoři se navíc shodují na tom, že BIG stabilně vykazuje skvělé psychometrické kvality (Mayo & George, 2014; Santarnecchi & Déttore, 2012). Devrim et al. (2018) ovšem upozorňují, že se jedná o metodu využitelnou převážně u mužů – zejména pak u bodybuilderů či jiných sportovců. Pro účel této práce je BIG ideální, avšak k případné diagnostice žen se příliš nehodí. Metody se v praxi užívá při podezření na přítomnost muskulární dysmorfie, avšak samostatně nástroj není vytvořený k diagnostice MD a měl by být používán jako součást větší baterie (Santarnecchi & Déttore, 2012).

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Sběr dat proběhl online, data byla následně stažena v ucelené formě a automaticky byla uložena do Excelu, kde byla následně zkontrolována jejich smysluplnost. Dotazníky byly vyhodnocovány v Excelu manuálně autorkou práce dle oficiálních pokynů k vyhodnocení jednotlivých dotazníků.

Data byla následně zpracována v programu Jamovi. Nejprve byla v programu otestována normalita rozložení dat za použití Shapiro – Wilkova testu. Na základě provedeného testu lze říci, že data nejsou normálně rozdělená u žádného z administrovaných dotazníků ($p < 0,001$). Dále byla provedena korelační analýza, konkrétně byl vzhledem k povaze dat použit Spearmanův korelační koeficient. V práci byla použita hladina významnosti $\alpha=0,05$.

U dotazníku MDI byl pro zajímavost kvůli opakovaným pochybnostem z literatury týkajících se škály farmakologické preparáty vypočítán koeficient vnitřní konzistence Cronbachovo alfa. Tento koeficient byl vypočítán pouze orientačně. Psychometrické kvality nástroje by se jistě daly zkoumat detailněji. To ovšem nebylo vzhledem k povaze výzkumu předmětem této práce.

6.4 Etika výzkumu

Základním kritériem zajišťujícím etické aspekty výzkumu byla jeho dobrovolnost. Probandi se sami mohli rozhodnout, zda odkaz otevřou a svůj čas výzkumu věnují. Dotazník také nemuseli dokončit. Předčasné ukončení bylo o to jednodušší, že byl výzkum proveden pomocí online testování. Probandi se tedy nedostali do přímého kontaktu s examínátorem, který by je mohl ovlivnit v rozhodnutí o dokončení či nedokončení vyplňování.

V průvodním prohlášení po otevření odkazu bylo dále také uvedeno, za jakým účelem jsou data sbírána, a byl zde uveden také kontakt na autorku práce, pokud by probandi měli další otázky či jakékoliv jiné připomínky. V průvodním prohlášení, které se objevilo všem probandům před spuštěním samotného dotazníku, bylo také explicitně uvedeno, že data budou zpracována anonymně.

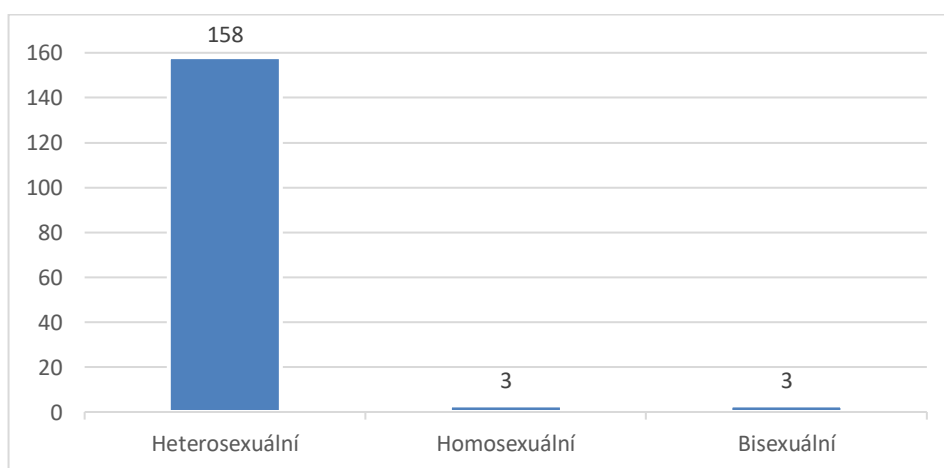
Jak již bylo uvedeno výše, z důvodu citlivosti tématu bylo dotazníkové šetření pojmenováno „Inventář životního stylu mladých mužů“. Toto nepřímé pojmenování však znamená, že probandům nebyl explicitně objasněn předmět výzkumu. I z tohoto důvodu byl přidán kontakt na autorku, aby probandi v případě zájmu tyto informace obdrželi.

7. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze 164 probandů. Pro zařazení do vzorku bylo nutné splnění dvou kritérií, jmenovitě těmito kritérii byly příslušnost k mužskému pohlaví a věk probanda mezi 18 a 30 lety. Průměrný věk probandů byl v době vyplnění dotazníků 25 let ($SD = 3,73$). Vzorek byl věkově ohraničen proto, že tento věk se dle literatury zdá být kritický pro rozvoj poruch příjmu potravy u mužů (O'Dea & Abraham, 2002). Dolní hranice 18 let byla zvolena, jelikož v tomto věku již mladí lidé více rozhodují o svém stravování, případně fyzických aktivitách, jimž se věnují. Horní hranice byla zařazena proto, že se domníváme, že v pozdějším věku mohou poruchy příjmu potravy chronifikovat a klinický obraz tedy může vypadat jinak. Horní hranice byla zvolena na základě věku uváděného v klasických učebnicích vývojové psychologie jako věku, ve kterém končí mladá dospělost (Langmeier & Krejčířová, 2006).

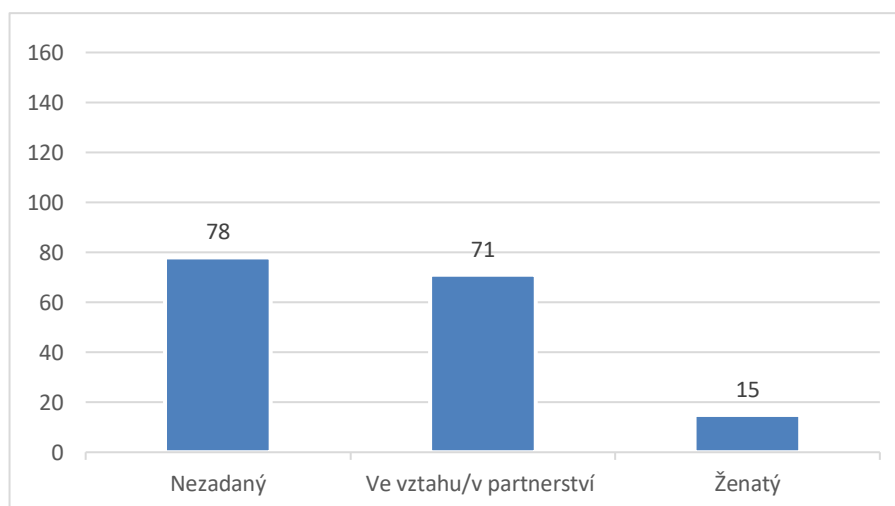
Sběr dat byl proveden na neklinické populaci a byl proveden metodou samovýběru. Jedná se tedy o výběr nenáhodný. V některých případech prokazatelně došlo ke sdílení dotazníku dalším probandům, proto se sběr dat dá označit také jako sběr dat sněhovou koulí.

Ze 164 probandů se 158, tedy 96,3 %, hlásilo k heterosexuální orientaci. Bisexuální, stejně jako homosexuální orientaci, označili v dotazníku tři probandi. Vzhledem k nízkému procentu mužů s homosexuální (1,83 %), respektive bisexuální (1,83 %) orientací nebyla tato otázka zařazena do analýzy.



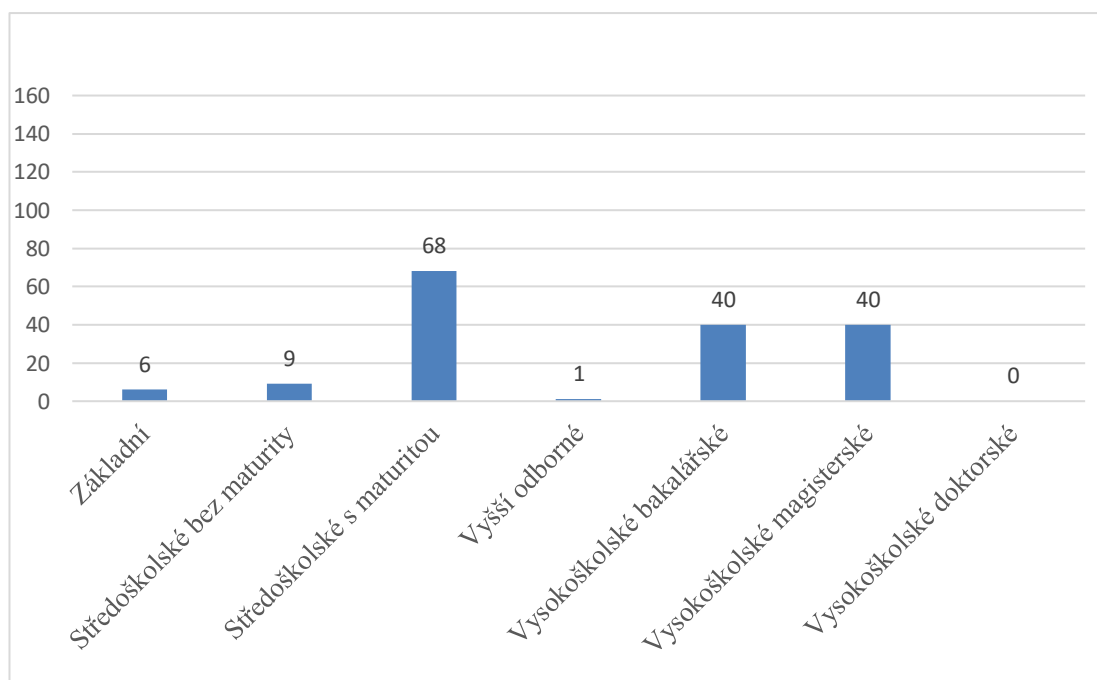
Graf 1: Sexuální orientace

Dále byl zjišťován rodinný stav probandů, ze 164 respondentů bylo v době vyplnění dotazníku 78 nezadaných (47, 6 %) ,71 (43, 3 %) bylo v době testování ve vztahu či partnerství a 15 mužů (9,15 %) bylo ženatých.



Graf 2: Rodinný stav

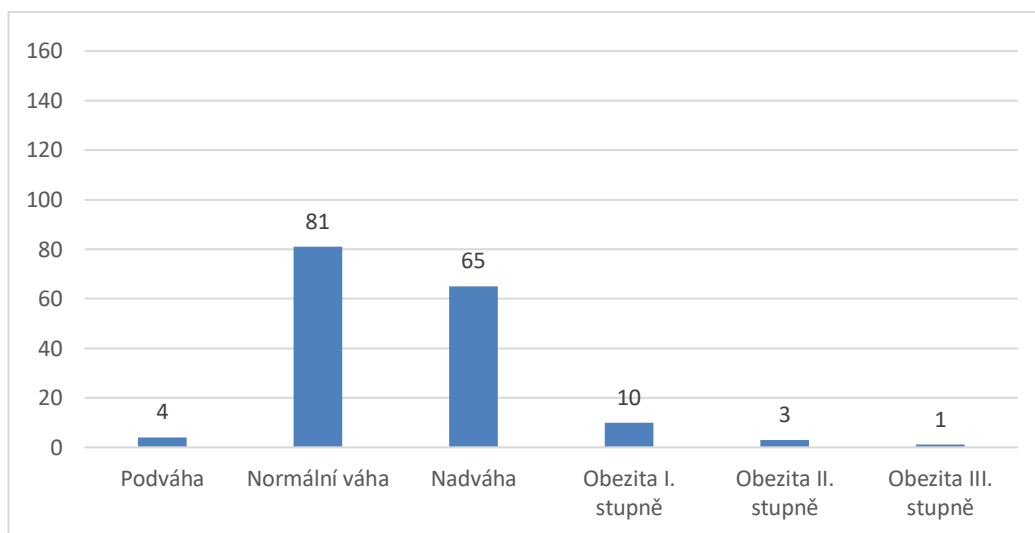
Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, mělo v době testování 6 mužů (3,66 %) vzdělání základní, 9 (5,49 %) střední vzdělání bez maturity, 68 probandů (41,5 %) mělo středoškolské vzdělání zakončené maturitou. 1 proband (0,61 %) ukončil vzdělání vyšší odborné, 40 probandů (24,4 %) mělo vzdělání vysokoškolské bakalářské, 40 (24,4 %) vysokoškolské magisterské a žádný proband neměl ukončené doktorské studium.



Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

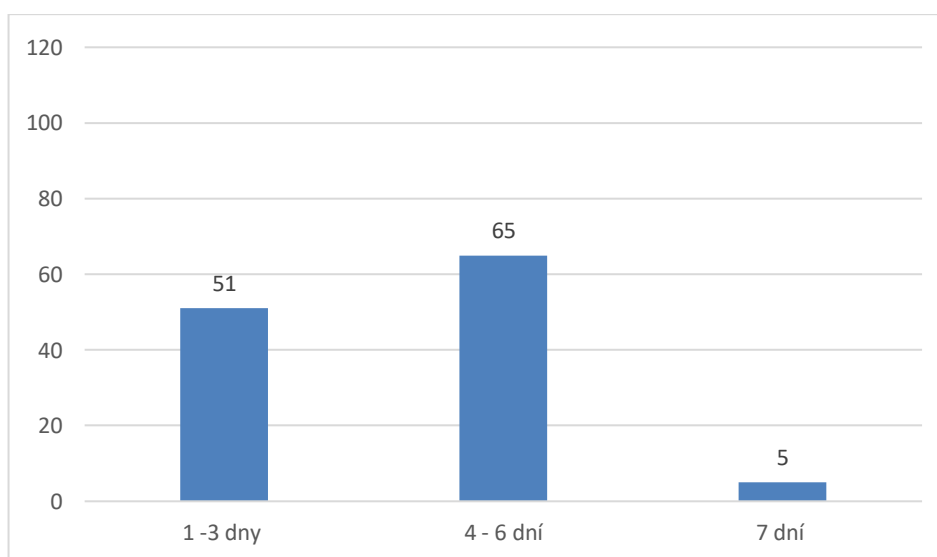
Pro výpočet BMI byly kromě věku zjišťovány také váha a výška. Průměrná výška ve vzorku byla 182 cm (SD = 7,60) a průměrná váha 83 kilogramů (SD = 14,1). Průměrné BMI ve vzorku bylo 25, 2 (SD = 3,77). 4 muži (2,44 %) měli BMI do 18,5 a dle Body Mass Index

tabulek u nich byla shledána podváha. 81 mužů (49,4 %) mělo BMI v rozmezí 18,5 – 24,9 a jejich váha tedy byla v normě. 65 mužů (39,6 %) mělo BMI v pásmu nadváhy (BMI = 25 – 29,9). U 10 mužů (6,10 %) se BMI pohybovalo v pásmu obezity I. stupně (BMI = 30 – 34,9), u dalších 3 mužů (1,83 %) pak v pásmu obezity II. stupně (BMI = 35 – 39,9) a BMI 1 muže (0,61 %) se nacházelo v pásmu obezity III. stupně (BMI ≥ 40).



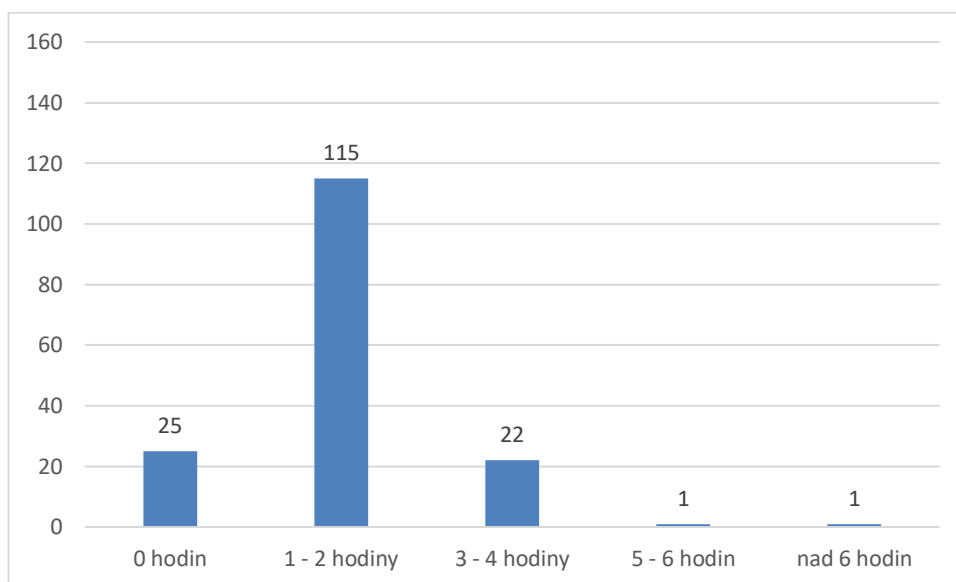
Graf 4: Body Mass Index

Ze 164 probandů 22 (13,4 %) pravidelně necvičí ani se nevěnuje žádné jiné fyzické aktivitě. Zbývajících 142 (86,6 %) odpovědělo, že cvičí pravidelně. Na nepovinnou podotázku, kolik dní v týdnu cvičí, odpovědělo ze 142 cvičících probandů pouze 121. Z těchto 121 probandů 51 (42,2 %) cvičí 1–3 dny v týdnu, 65 probandů (53,7 %) cvičí 4–6 dní v týdnu a 5 (4,13 %) jich cvičí každý den.



Graf 5: Počet dní v týdnu věnovaných cvičení/fyzické aktivitě

Dále byli probandi tázáni, kolik hodin denně fyzickým aktivitám či cvičení věnují. 25 probandů (15,2 %) uvedlo 0 hodin, 115 probandů (70,1 %) cvičí 1–2 hodiny denně, 22 probandů (13,4 %) věnuje aktivitám denně 3–4 hodiny, 1 proband (0,61 %) věnuje fyzické aktivitě 5–6 hodin denně a 1 proband (0,61 %) nad 6 hodin denně.



Graf 6: Počet hodin denně věnovaných cvičení/fyzické aktivitě

Nepovinná otázka v baterii zjišťovala, jakým aktivitám se probandi věnují. Tato otázka byla vypisovací a nebylo stanoveno, zda probandi mají vypsát pouze jednu či více aktivit. Vzhledem k různorodosti sportovních a fyzických aktivit uvádíme pouze šest nejčastějších aktivit, kterým se věnovalo nad 10 probandů. Těmito aktivitami jsou běh (47 probandů), posilování (35 probandů), plavání (21 probandů), fitness (14 probandů), lezení (11 probandů) a florbal (11 probandů). Kompletní tabulka zmíněných sportů a aktivit je k vidění v přílohách této diplomové práce (viz příloha 7).

Sérii dotazníku uzavíraly otázky zjišťující, zda muži v souvislosti se zkoumanou problematikou vyhledali odbornou pomoc, či zda o tom alespoň přemýšleli. Ze 164 probandů 58 (35,4 %) odpovědělo, že pomoc vyhledat chtělo a 46 (28,1 %) řeklo, že pomoc již vyhledalo. V 31 (18,9 %) případech odpověděli probandi kladně na obě otázky.

8. Výsledky

V této kapitole nejprve budou popsány výsledky jednotlivých použitých metod, následně budou prezentovány výsledky provedené korelační analýzy (viz příloha 8) ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám.

8.1 Výsledky jednotlivých dotazníkových metod

Eating Disorder Examination Questionnaire

Vzhledem k nejednotnému vymezení hraničního skóre pro muže bylo rozhodnuto v práci použít pro porovnání dva různé hraniční skóry. Při použití hraniční hodnoty globálního skóru 1,7, který pro muže navrhli Schaeferová et al. (2018), skórovalo 36 (21,9 %) mužů v pásmu patologie. Při použití dnes nejčastěji používaného cut off skóre 2,3 (Meule, 2019) by kritéria splňovalo pouze 20 (12,2 %) mužů. Snížení hraničního skóre oddělujícího normu od patologie se tedy jeví pro mužskou populaci jako relevantní, protože jinak by nám mohly i nadále unikat klinicky významné případy.

	Globální skóre	Dietní omezení	Obavy týkající se jídla	Obavy týkající se tvaru těla	Obavy týkající se váhy
Průměr	0,91	1,25	0,26	1,18	0,95
Směrodatná odchylka	1,22	1,41	0,57	1,25	1,19

Tabulka 1: Výsledky Eating Disorder Examination Questionnaire

Dále byla provedena analýza behaviorálních položek. Položka se započítává, pokud jedinec v posledních 28 dnech některé z těchto kompenzačních chování užil více než čtyřikrát. Co se týče excesivního cvičení, jedinec musel takto cvičit z 28 posledních dní alespoň dvacet (Lavender et al., 2010). Z analýzy behaviorální položek bylo zjištěno, že 2 probandi (1,22 %) v posledních 28 dnech užili jako kompenzační chování zvracení. Laxativa pravidelně užíval 1 proband (0,61 %). Objektívni epizody záchvatovitého přejídání se vyskytly u 14 probandů (8,54 %) a excesivní cvičení u 20 osob (12,2 %) ze vzorku.

Muscle Dysmorphia Inventory

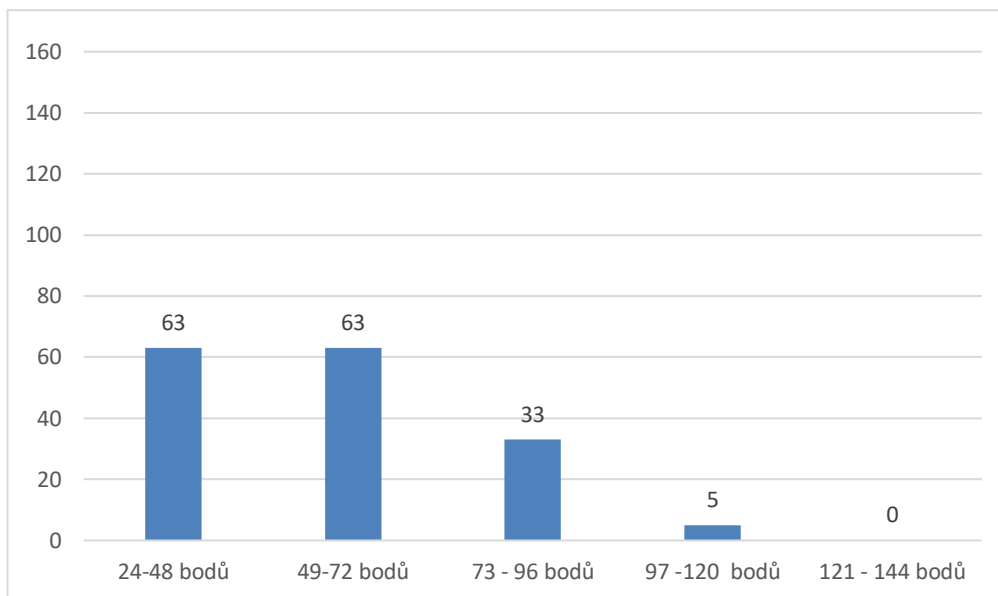
Na základě kontroly dat a podnětů z literatury vyjadřujících pochybnosti o vnitřní konzistenci škály farmakologické preparáty (Kuennen & Waldron, 2007) byl u tohoto dotazníku pro zajímavost proveden výpočet vnitřní konzistence za použití koeficientu Cronbachovo alfa. Koeficient pro danou škálu byl opravdu nízký ($\alpha = 0,40$). Ostatní škály vykázaly přijatelnou vnitřní konzistenci, jak je vidět v tabulce.

Škála	Cronbachovo alfa
Dieta	0,80
Doplňky stravy	0,81
Závislost na cvičení	0,84
Fyzická ochrana	0,70
Symetrie a velikost těla	0,82
Farmakologické preparáty	0,40

Tabulka 2: Vnitřní konzistence (MDI)

MDI nemá žádný oficiálně daný cut off, nejvyšší možné skóre je 162, nejnižší je 27. Autoři inventáře (Rhea et al., 2004) pouze definují, že vyšší skóre znamená vyšší patologii. Při vyřazení škály farmakologické preparáty se nejvyšší dosažitelné skóre sníží na 144 bodů, nejnižší možné skóre pak na 24 bodů. Průměrné skóre bez započítání škály farmakologické preparáty bylo 57 bodů ($SD = 20,3$), pokud by škála byla započítána bylo by průměrné skóre 60 bodů ($SD = 20,6$). Při korelační analýze nehrálo vyřazení škály farmakologické preparáty roli a průměrný rozdíl tří bodů se u žádné z korelací neukázal jako signifikantní.

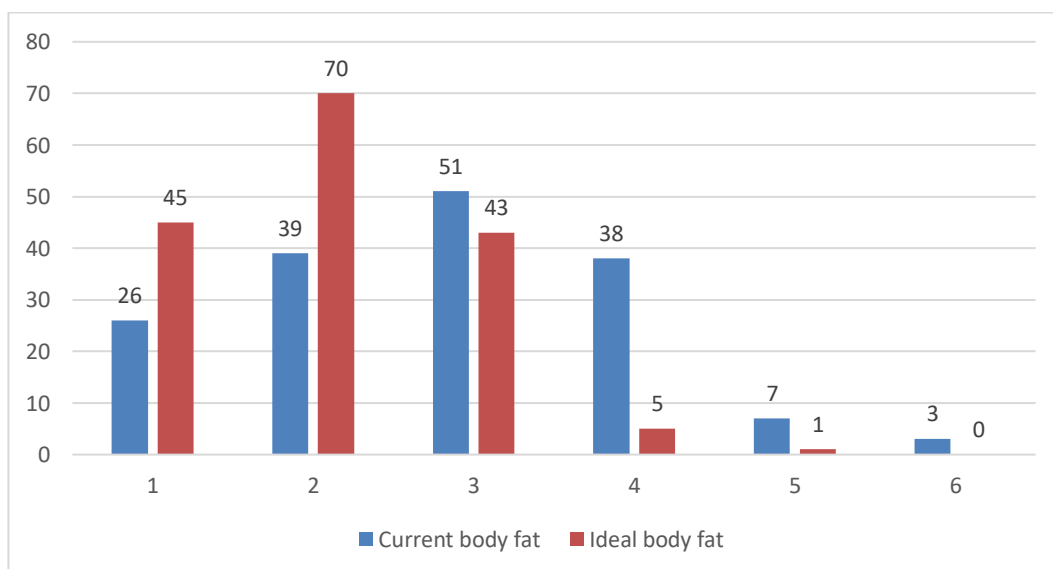
Pro přehlednost bylo rozložení skóre při nezapočítání odpovědí ze škály farmakologické preparáty zaneseno do grafu, který je k vidění níže. Skóre 63 probandů (38,1 %) se pohybovalo v rozmezí 24–48 bodů. Dalších 63 probandů (38,1 %) mělo skóre v rozmezí 49–72 bodů. 33 probandů (20,1 %) získalo mezi 73–97 body. Skóre 5 probandů (3,05 %) se pohybovalo mezi 97. – 120. body a v rozmezí 121–144 bodů neskóroval žádný proband.



Graf 7: Rozložení skóre MDI

Bodybuilder Image Grid

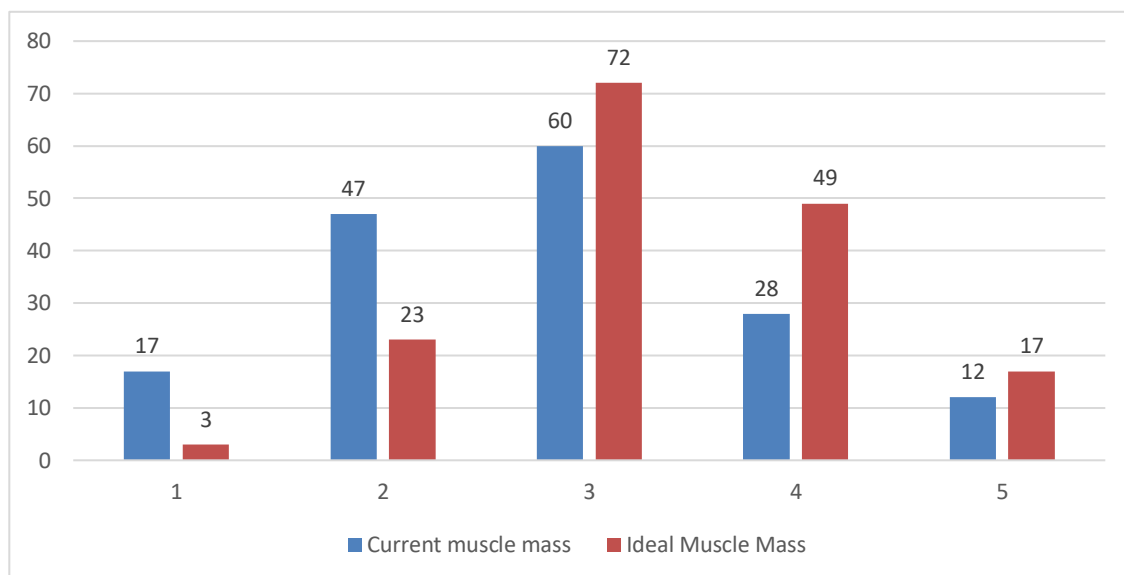
V kategorii nespokojenost s tělesným tukem muži nejčastěji volili postavu znázorňující současnou míru tuku (current fat mass) ze třetího sloupce (31,1 %), postava znázorňující ideální míru tuku (ideal fat mass) byla nejčastěji z druhého sloupce (42,7 %).



Graf 8: Fat Dissatisfaction

V případě nespokojenosti s mírou svalnatosti muži nejčastěji volili postavu odpovídající jejich postavě z hlediska svalnatosti (current muscle mass) z třetího řádku (36,6 %), stejně tak

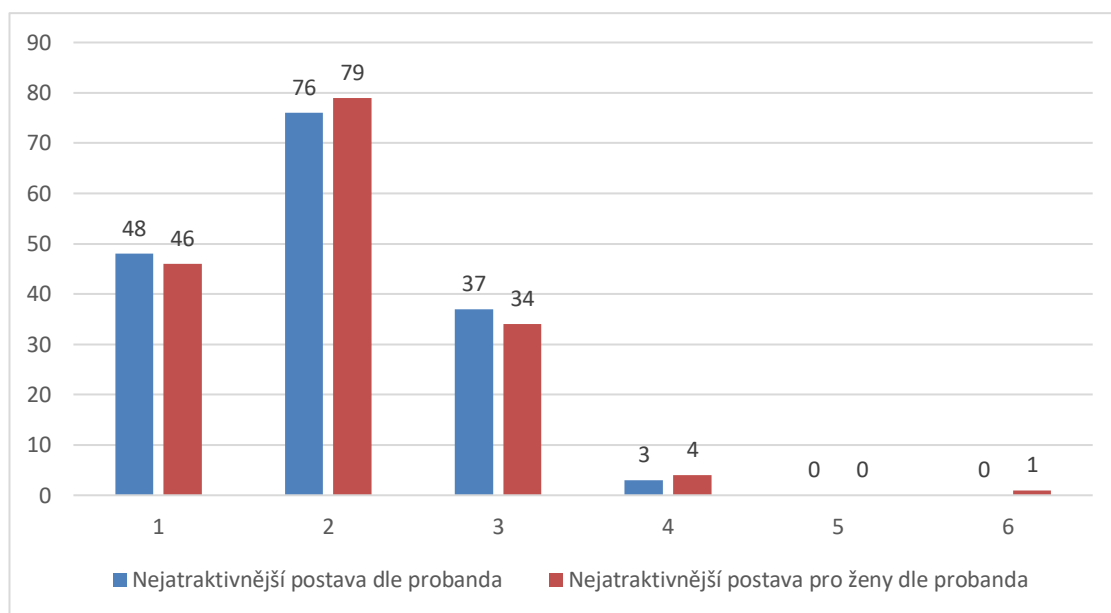
při volbě ideálně osvalené postavy muži volili nejčastěji postavu ze třetího řádku (43,9 %). 40 probandů označilo jako současnou postavu siluetu ze čtvrtého či pátého řádku ($FFMI > 25$), které lze dosáhnout pouze pokud jedinec užívá anabolické steroidy (Mayo & George, 2014).



Graf 9: Muscle Dissatisfaction

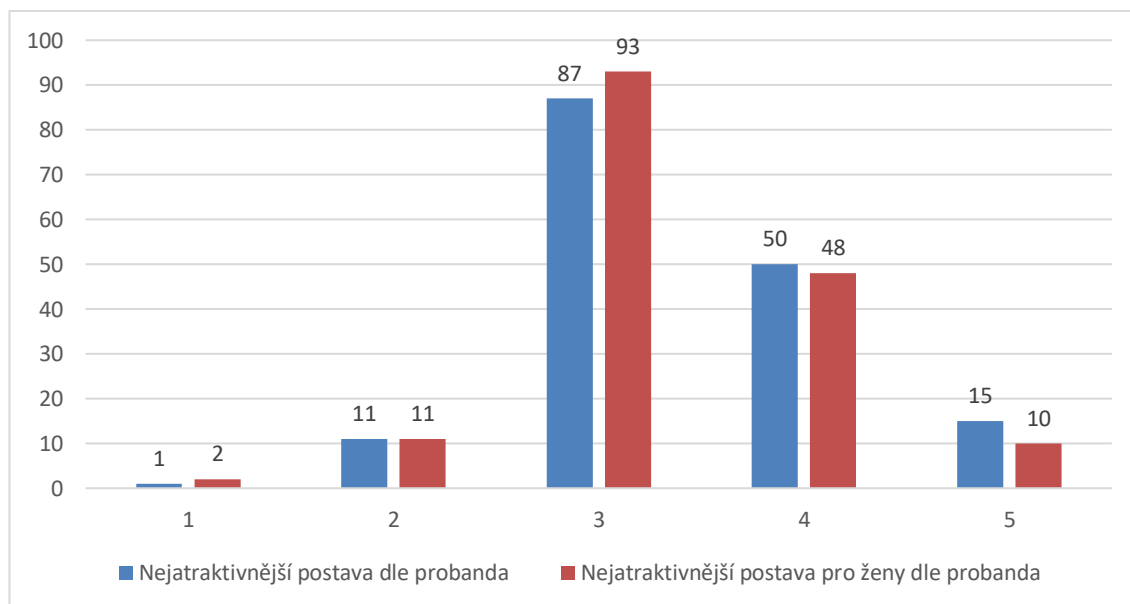
Výsledky statistické analýzy za použití Wilcoxonova párového testu ukazují, že hodnota průměrné current fat mass (2,82) je signifikantně vyšší ($Z = -7,14$, $p < 0,001$) než hodnota průměrné ideal fat mass (2,07). Muži tedy chtějí mít méně tuku. V případě nespokojenosti s množstvím svalů analýza ukázala signifikantní rozdíl ($Z = -5,80$, $p < 0,001$) mezi průměrnou ideal muscle mass (3,33) a current muscle mass (2,82). Tento výsledek indikuje, že muži chtějí být svalnatější.

Při vyhodnocování dotazníku je možné získat také údaje o fat a muscle attractiveness, tedy atraktivitě odvozené od míry tuku, respektive svalnatosti. Co se týče fat attractiveness, muži v našem vzorku volili jako nejatraktivnější postavu z druhého sloupce (46,3 %), stejně tak nejvíce mužů (48,2 %) zvolilo postavu z druhého sloupce, když byli dotázáni, jaká postava bude dle jejich názoru nejatraktivnější pro ženy. Celkově byly počty odpovědí pro všechny sloupce v obou otázkách vyrovnané, jak je vidět z následujícího grafu.



Graf 10: Fat Attractiveness

Obdobně lze zjistit také, jakou postavu považují muži za nepřitažlivější vzhledem k procentu svalové hmoty. Muži jako nejprůtažlivější volili postavu ze třetího řádku (53,1 %), jako nejprůtažlivější pro ženy pak taktéž považovali siluety umístěné v řádku číslo tři (56,7 %). Pro konkrétnější představu je opět k dispozici graf.



Graf 11: Muscle Attractiveness

8.2 Výsledky kvantitativní analýzy dat

H₁: Výsledky v dotazníku EDE-Q signifikantně korelují s vypočítaným BMI.

Z provedené korelační analýzy s využitím Spearmanova korelačního koeficientu vyplývá, že mezi výsledky dotazníku EDE-Q a zjištěným Body Mass Indexem existuje signifikantní korelace ($r = 0,24$, $p = 0,002$). Vyšší skóre v dotazníku EDE-Q odkazující na přítomnost symptomů poruch příjmu potravy tedy pozitivně koreluje s vyšším BMI. Na základě získaných výsledků je tedy možné hypotézu přijmout.

Tento výsledek je ve shodě s tvrzením a výsledky jiných studií upozorňujících na to, že mužské poruchy příjmu potravy nejsou mnohdy charakterizovány nízkým BMI, a naopak se u nich vyskytuje BMI vyšší, na což je třeba dbát v klinické praxi (Coelho et al., 2018; Limbers et al., 2018).

H₂: Výsledky v dotazníku EDE – Q signifikantně korelují se skórem v dotazníku MDI.

Vztah mezi výsledky dotazníku EDE-Q a dotazníku MDI je dle provedené korelační analýzy statisticky signifikantní ($r = 0,27$, $p < 0,001$), vztah mezi veličinami je pozitivní, proto zamítáme nulovou hypotézu. Tato pozitivní korelace může poukazovat na to, že u muskulární dysmorfie jsou přítomny i příznaky, které obvykle vidáme u ostatních PPP, a že tato porucha není zaměřena pouze na obavy týkající se svalnatosti.

H₃: Výsledky v dotazníku EDE – Q signifikantně korelují s výsledky škály nespokojenosti s mírou tuku v dotazníku BIG.

Na základě provedené korelační analýzy přijímáme hypotézu o statisticky signifikantní korelaci mezi výsledky dotazníku EDE – Q měřícího přítomnost a závažnost symptomů poruch příjmu potravy a nespokojenosti s mírou tělesného tuku zjišťovanou metodou BIG. Mezi symptomy PPP a nespokojeností s procentem tělesného tuku existuje pozitivní korelace ($r = 0,25$, $p = 0,001$). Tento výsledek indikuje, že muži s vyšším skórem v EDE – Q si přejí mít méně tělesného tuku.

H₄: Výsledky v dotazníku EDE-Q signifikantně korelují s výsledky škály nespokojenosti s mírou svalnatosti v dotazníku BIG.

Z provedené statistické analýzy vyplývá, že mezi symptomy PPP měřenými dotazníkem EDE – Q a nespokojeností jedince s procentem svalové hmoty existuje negativní korelace

($r = -0,12$, $p = 0,13$). Na základě výsledků analýzy zamítáme hypotézu o existenci signifikantního vztahu mezi zkoumanými veličinami.

H₅: Výsledky v dotazníku MDI signifikantně korelují s vypočítaným BMI.

Na základě provedené korelační analýzy dat potvrzujeme hypotézu o statisticky signifikantní korelaci v pozitivním směru mezi symptomy muskulární dysmorfie a zjištěným BMI ($r = 0,28$, $p < 0,001$). Muži vykazující více symptomů MD tedy mají dle našich výsledků vyšší BMI.

H₆: Nespokojenost s mírou tuku signifikantně koreluje s vypočítaným BMI.

Při využití Spearmanova korelačního koeficientu zamítáme nulovou hypotézu na základě nalezení signifikantního vztahu mezi nespokojeností s mírou tuku a vypočítaným BMI ($r = 0,32$, $p < 0,001$). Korelace je pozitivní. S vyšším BMI tedy stoupá nespokojenost s mírou tuku.

H₇: Nespokojenost s mírou svalnatosti signifikantně koreluje s vypočítaným BMI.

Na základě provedené korelační analýzy zamítáme nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi nespokojeností s mírou svalnatosti těla a vypočítaným BMI ($r = -0,25$, $p = 0,001$). V tomto případě nacházíme mezi korelovanými proměnnými negativní vztah.

9. Diskuse

V literárně přehledové části práce byly představeny jednotlivé poruchy příjmu potravy. Přítomnost či nepřítomnost jejich projevů byla následně zkoumána v empirické části práce, jejímž cílem bylo za použití dotazníkového šetření zjistit, zda a jak často se symptomy PPP u vzorku mladých českých mužů mezi 18 a 30 lety objevují. Výzkumné šetření mělo spíše mapující/ explorační charakter, a to z toho důvodu, že toto téma nebylo doposud v naší zemi více zkoumáno.

Provedená korelační analýza našla statisticky signifikantní vztah mezi vypočítaným BMI participantů a symptomy poruchy příjmu potravy (AN, BN, BED) i symptomy muskulární dysmorfie. V obou případech byla korelace pozitivní. Toto zjištění je v souladu s výsledky studie Lavendera et al. (2010). Zároveň koresponduje s předpokladem, že muži s poruchami příjmu potravy mají obvykle vyšší BMI než ženy (Lydecker & Grilo, 2018; Vo et al., 2016). Nižší hodnoty Body Mass Indexu jsou navíc často vidány u restriktivních poruch příjmu potravy, jakými jsou anorexie nervosa či bulimie nervosa, avšak muži více demonstrují symptomy BED (Núñez – Navarro et al., 2012), u níž se v mnoha případech vyskytuje nadváha. Je ovšem třeba opět připomenout i nedostatky Body Mass Indexu jako metody. BMI je počítáno na základě váhy a výšky jedince, avšak nezohledňuje, zda v těle převažuje tuk či svaly (Procházková, 2018). Tuto skutečnost je nutné brát v potaz zejména v souvislosti s muskulární dysmorfii, kdy jedinci sice mohou dosahovat v tabulce BMI hodnot nadváhy či obezity, avšak je tomu tak kvůli většímu procentu svalové hmoty. Jiná metoda nešla vzhledem k online povaze testování v našem případě použít, ale do budoucna by bylo jistě vhodné realizovat výzkum s face to face sběrem dat, při němž by bylo možné použít i jiné metody detailněji zjišťující právě procento tuku, svalů nebo například vody v těle.

Statisticky signifikantní se ukázal i vztah mezi symptomy muskulární dysmorfie a poruch příjmu potravy měřených EDE - Q. K obdobným výsledkům ve svém výzkumu došel i autorský tým Hughesové et al. (2016). Muskulární dysmorfie je v současné době řazena v DSM – 5 do kategorie obsedantně – kompulzivních a příbuzných poruch jako podtyp body dysmorphic disorder, ale opakovaně se ukazuje, že jídelní restrikce, nadměrné zaujetí jídlem, jeho původem a zdravostí a další symptomy spojované spíše s tradičními poruchami příjmu potravy, jsou pro MD stejně relevantní (Santarnecchi & Dèttore, 2012). Zařazení muskulární dysmorfie tedy není obecně přijímáno a jistě je na místě další výzkum, jehož cílem by bylo upřesnit, kam muskulární dysmorfie patří.

Pozitivní korelace byla nalezena také mezi symptomy poruch příjmu potravy a nespokojeností s tělesným tukem zjišťovanou prostřednictvím BIG. Tento výsledek je obdobný výsledkům ze studie Mayové a Georgeové (2014). Muži vykazující závažnější příznaky PPP tedy chtěli mít méně tělesného tuku. Obdobně autorky nalézají ve svém vzorku negativní korelaci klinicky signifikantních skóre indikujících riziko poruchy příjmu potravy s nespokojeností s procentem svalové hmoty. V našem případě však vztah mezi veličinami nebyl statisticky signifikantní. Toto je zajímavé, protože samotné výsledky BIG v diplomové práci i ve studii zmíněných autorek (Mayo & George, 2014) nalézají u mužů výraznou touhu po menším procentu tělesného tuku, avšak zároveň po nárůstu svalové hmoty. S touto studií jsou naše výsledky ve shodě i co se týče figur zvolených jako odpověď na otázky, která figura se participantům zdá nejatraktivnější a která figura dle jejich názoru bude nejatraktivnější pro ženy. Oproti zmíněné studii nám ovšem chyběly odpovědi žen na otázku, která mužská figura se jim zdá nejpřitažlivější. V našem případě tedy nebylo možné srovnat, zda se signifikantně liší postava vybraná mužem jako nejatraktivnější z pohledu ženy a postava, kterou by doopravdy ženy vybraly.

Kompletní výsledky BIG umožňující jejich porovnání s našimi poskytl ve svém výzkumném článku Devrim et al. (2018). Muži v našem i jejich vzorku volili stejné postavy vzhledem k nespokojenosti s tělesným tukem a mírou svalnatosti. Vzorky se lišily v odpovědích na otázky týkající se fat a muscle attractiveness. Pro připomenutí měli muži odpovídat na otázku, jaká postava je dle nich nejatraktivnější a která bude podle nich nejatraktivnější pro opačné pohlaví. V našem případě muži u fat attractiveness jako odpověď na obě otázky nejčastěji volili sloupec 3, zatímco v citovaném výzkumu muži volili nejčastěji figury ze druhého sloupce jako nejatraktivnější pro ně samotné a figury ze sloupce třetího jako nejpřitažlivější pro druhé pohlaví. U muscle attractiveness naši muži taktéž v obou případech nejčastěji volili řádek 3, v citované studii pak byly pro muže nejpřitažlivější figury z řádku 3. Dle jejich názoru pak ženám nejatraktivnější přijdou figury ze 4. řádku.

Korelační analýza dále odhalila pozitivní korelaci mezi hodnotou BMI a nespokojeností s tělesným tukem. Tento trend ve své studii pozorovali i Santarnecchi a Déttore (2012). V našem vzorku se pak objevila negativní korelace mezi BMI a nespokojeností s mírou svalové hmoty, zatímco v jejich studii byla i tato korelace pozitivní.

Dotazníková baterie byla mezi respondenty šířena pomocí odkazu doplněného o průvodní text na Facebooku a následně také přes email. Autorka práce před sdílením odkazu vždy zaslala soukromou zprávu správci stránky či v případě emailové komunikace jiné

povolané osobě a zeptala se, zda je možné na dané stránce odkaz zveřejnit. Někteří oslovení vůbec neodpověděli a někteří vzhledem k účelu jejich stránek zveřejnění dotazníku nepovažovali za vhodné. Baterie tedy byla šířena pouze na těch stránkách, jejichž správci považovali její šíření za pozitivní. Přístup správců, kteří mnohdy příspěvek „olajkovali“ či jej ještě speciálně sdíleli sami, mohl do jisté míry ovlivnit respondenty, jelikož administrátorem stránky je v mnoha případech osoba komunitou vážená.

Limitací výzkumu související s výzkumným vzorkem je také fakt, že probandi byli do vzorku získávání nenáhodně pomocí samovýběru a následně také pomocí sněhové koule. Vzorek je tedy pravděpodobně složen z probandů, kteří byli k vyplnění baterie motivováni a kteří se o téma zdravého životního stylu zajímají. Cenné informace by nám ale mohli dát i muži, kteří dotazník z nějakého důvodu nedokončili. Dále je také nutné jako případné omezení uvést poměrně úzké věkové rozpětí. Důvodem věkového omezení byl fakt, že právě v mladé dospělosti se u mužů PPP začínají rozvíjet (O'Dea & Abraham, 2002). V mladším věku pak může být dominantní vliv rodiny na stravování a fyzické aktivity chlapců.

Jak již bylo řečeno výše, šetření bylo provedeno přes internet. K šíření dotazníku bylo užito zejména sociálních sítí, avšak ne všichni muži spadající do zkoumané kategorie tyto technologie používají. Online šetření má samozřejmě svá specifika, prvním z nich je nemožnost doptat se klientů na další informace, pokud jsou jejich odpovědi klinicky zajímavé. Navíc při tomto způsobu testování není možné zachytit případnou tendenci ke lhaní. Respondent také nemá možnost doptat se na význam položky, pokud jí neporozumí. Z důvodu zvýšení srozumitelnosti položek byl proveden pilotní výzkum. I přesto však mohly být některé položky pro respondenty nesrozumitelné. Zároveň se mohlo stát, že proband od určité chvíle vyplňoval dotazníkovou baterii náhodně. Autorka práce sice jednotlivé odpovědi kontrolovala, aby vyloučila například zaškrťování pouze extrémních odpovědí, ale náhodné vyplňování bylo poměrně těžko odhalitelné. Tato forma šetření byla zvolena po důkladné rozvaze kvůli tomu, že tímto způsobem bylo možné nasbírat data od více probandů. Předešlo se také nutnosti sbírat data od homogenní skupiny mužů, kterou jsou ve výzkumech často například studenti psychologie. Zvažováno bylo i oslovení fitness center či jiných sportovních organizací, avšak po konzultaci s několika pracovníky těchto zařízení vyšlo najevo, že zmíněná zařízení, v nichž se mladí muži sdružují, nepovažují oslovování svých klientů za vhodné, jelikož dotazníkové šetření není důvodem, proč lidé na tato místa dochází.

Online šetření bylo zvoleno také kvůli citlivosti tématu, protože mužské poruchy příjmu potravy jsou ve společnosti stále tabu a u mnohých mužů přítomnost jejich symptomů vede ke

studu a společenské izolaci. Mnoho mužů si navíc ani neuvědomuje, že trpí poruchou příjmu potravy, jelikož případy mužských PPP a jejich specifík nejsou medializovány (Sangha et al., 2019). Při použití internetového sběru dat byla tedy zachována anonymita respondentů a nebyla narušována jejich integrita. Zároveň však respondenti dostali možnost kontaktovat autorku práce, pokud by to po testování považovali za důležité.

Vzorek byl složen z neklinické populace. Důvodů k volbě sběru dat na neklinické populaci bylo několik. Prvním z nich je již zmiňovaný fakt, že v ČR k dnešnímu datu není veřejnost o mužských PPP příliš informována, a navíc zde neexistují zařízení zabývající se specificky léčbou mužů. Mnoho mužů tedy může zůstat nediagnostikovaných a spektrum možných probandů tímto může být limitované. Autorce práce se navíc nepodařilo navázat kontakt se zařízeními, v nichž se pacienti s PPP vyskytují. Z těchto důvodů bylo tedy provedeno kvantitativní šetření na neklinické populaci, na něž by ale v budoucnu jistě mohlo navazovat šetření kvalitativní zjišťující, zda jsou čeští muži s PPP něčím specifictí.

Vzhledem k povaze šetření musely být zvoleny metody, jejichž administrace nevyžaduje fyzickou přítomnost zadavatele. Ani jedna z metod tvořících dotazníkovou baterii ovšem není standardizována pro českou populaci, proto nebylo možné použít standardně v zahraničí vytvořené normy. Do výzkumné části navíc byly zahrnuty pouze klasické poruchy příjmu potravy a muskulární dysmorphie, zatímco ortorexie nervosa byla z šetření vyřazena z důvodu nejasných či nedostatečně zmapovaných psychometrických kvalit nástrojů zjišťujících přítomnost jejích symptomů (Varga et al., 2014). Zařazení konceptu ortorexie do výzkumného projektu by však mohlo znatelně ovlivnit výsledky, poněvadž dle Brytek – Materyové et al. (2015) je ortorexie nervosa u mužů zastoupena stejně ne – li více jak u žen.

Přítomnost symptomů PPP měl v provedeném šetření za úkol zachytit Eating Disorder Examination Questionnaire, který má z použitých metod nejdelší tradici a využívá se hojně, proto bylo možné porovnat naše výsledky za použití t testu pro dva nezávislé výběry s výsledky studie Hughesové et al. (2016), jejichž průměrné výsledky se od našich významně neliší u škál globální skóre ($t(446) = 0,70, p = 0,48$), restriktivní omezení ($t(446) = 1,62, p = 0,11$), obavy týkající se jídla ($t(446) = 0,34, p = 0,73$) a obavy týkající se váhy ($t(446) = 1,24, p = 0,22$). Naopak signifikantně odlišný byl výsledek v subškále obavy týkající se tvaru těla ($t(446) = 2,57, p = 0,010$). Analýza byla provedena v online programu GraphPad. T test byl využit, jelikož EDE-Q pracuje s průměry a směrodatnými odchylkami. Přehledně jsou výsledky shrnuty v následující tabulce.

Subškály (Průměr (SO))	Diplomová práce	Hughesová et al. (2016)	P hodnota
<i>Globální skóre</i>	0,91 (1,22)	0,98 (0,88)	0,48
<i>Restriktivní omezení</i>	1,25 (1,41)	1,05 (1,16)	0,11
<i>Obavy týkající se jídla</i>	0,26 (0,57)	0,28 (0,61)	0,73
<i>Obavy týkající se tvaru těla</i>	1,18 (1,25)	1,51 (1,34)	0,010
<i>Obavy týkající se váhy</i>	0,95 (1,19)	1,09 (1,13)	0,22

Tabulka 3: Porovnání výsledků EDE-Q se studií Hughes et al. (2016)

V současnosti se mnozí výzkumníci snaží pro EDE – Q vytvořit různojazyčné normy pro muže a identifikovat cut off, aby nám pacienti mužského pohlaví při vyšetření neunikali (Hughes et al., 2016; Schaefer et al., 2018). Hranice cut offu pro muže však zatím nebyla jednoznačně určena, což nás vedlo při analýze dat k využití dvou různých hraničních skóre. Při využití cut offu 1,7 určeného na čistě mužském vzorku (Schaefer et al., 2018) bylo klinicky signifikantní skóre poukazující na možnost existence PPP nalezeno u 36 mužů, zatímco při užití přísnějšího hraničního skóre 2,3, které se používá i pro vzorky ženské (Meule, 2019), bylo klinicky signifikantní skóre pozorováno pouze u 20 mužů. Dalším výzkumným krokem by tedy mělo být vytvoření norem pro mužskou populaci. Ideálně by měly být vytvořeny i normy pro populaci českou, s čímž by byl spojen proces standardizace dotazníku v naší zemi. Na tomto místě považujeme za nutné připomenout, že EDE – Q není vhodné používat jako jediný nástroj v procesu diagnostiky PPP, proto není možné na základě tohoto šetření říci, že 36 respektive 20 mužů ze stávajícího vzorku má poruchu příjmu potravy.

Schaefer et al. (2018) také zdůrazňují, že EDE-Q bylo původně vytvořeno pro zachycení symptomů PPP u žen a symptomy specifické pro muže opomíjí. Z tohoto důvodu byly do testové baterie přidány další dva dotazníky. Obecně se k diagnostice PPP u mužů používají nástroje vytvořené a standardizované na ženské a v lepším případě na smíšené populaci. Výběr relevantních nástrojů s dostatečnými psychometrickými kvalitami byl tedy poměrně náročný.

Ke zjištění narušení body image byl využit dotazník Bodybuilder Image Grid. Tato metoda je ve světě hojně používána a oblíbena je zejména kvůli relativně krátkému času potřebnému k vyplnění a přitažlivé vizuální formě. Pro naše účely je nástroj ideální, avšak v literatuře se někdy uvádí, že není využitelný pro všechny skupiny. Pokud bychom například zkoumali muskulární dysmorfii u žen, bylo by užití nejspíše problematické, poněvadž tento nástroj existuje pouze ve verzi s mužskými siluetami.

Složitější byla situace při výběru metody měřící muskulární dysmorfii, protože ke zjišťování přítomnosti symptomů MD neexistuje výzkumníky preferovaný a všeobecně uznávaný nástroj a ve studiích se tak můžeme setkat s celou řadou užitých metod, což vede k obtížné srovnatelnosti výsledků. Pro naši studii byl vybrán dotazník Muscle Dysmorphia Inventory, který se používá poměrně často, není příliš dlouhý a lze k němu dohledat pokyny k vyhodnocení. Stejně jako ostatní metody zabývající se muskulární dysmorfii však i tento dotazník má své slabé stránky. Často se například mluví o sporné kvalitě škály farmakologické preparáty (Kuennen & Waldron, 2007), která řeší užívání laxativ, steroidů a diuretik. Odborníci se přiklání k rozdělení těchto položek do zbývajících pěti subškál. Ani v našem výzkumu neprokázala tato škála dostatečnou vnitřní konzistenci. Jak již ale bylo uvedeno, psychometrické kvality nástroje by bylo vhodné do budoucna zkoumat detailněji. Tato práce nebyla na zkoumání psychometrických kvalit použitých metod zaměřena, proto psychometrické vlastnosti nebyly zkoumány komplexně u všech metod, ale pouze u metody, u níž byla problematičnost jedné ze škál předpokládána na základě citovaných výzkumů (Diehl & Baghurst, 2016; Kuennen & Waldron, 2007).

V případě našeho výzkumu se můžeme také ptát, zda například čeští muži užívání laxativ, diuretik, a hlavně steroidů nezatajili či alespoň v odpovědích nesnížili frekvenci jejich příjmu. Průměrný skóre v našem vzorku byl 57 bodů, což je v souladu se studií Diehla a Baghursta (2016). V manuálu EDE – Q je uvedeno, že se počítá a uvádí nejen celkové skóre, ale také zprůměrované skóre jednotlivých subškál. Proto bylo také možné srovnat naše výsledky s jinou studií. U MDI však tento konsenzus nepanuje, proto nejsou často všechny potřebné údaje k obdobnému srovnání uvedeny. Navíc se stále pracuje na zlepšení psychometrických kvalit inventáře a samotné výsledky tak někdy ve studii zaniknou.

Naše studie je limitována také tím, že byla provedena pouze korelační analýza. Jistě by bylo vhodné zkoumat vztah jednotlivých poruch do větší hloubky a na větších, reprezentativních vzorcích, aby bylo následně možné získat zobecnitelné závěry a případně adekvátně upravit diagnostická kritéria. Zároveň také neexistuje mnoho studií, které by

zkoumaly výskyt klasických poruch příjmu potravy (AN, BN, BED, případně OSFED) a muskulární dysmorfie dohromady. Pokud pak takové studie existují, jsou často zaměřené na specifickou skupinu, například na sportovce, bodybuildery či na vysokoškolské studenty. Tyto výsledky jsou jistě přínosné, jelikož poměrně nedávno se o poruchách příjmu potravy u mužů nemluvílo vůbec, avšak zobecnitelnost těchto výsledků na obecnou populaci může být omezená. Právě z tohoto důvodu bylo obtížné nalézt studie, s nimiž by bylo možné srovnat výsledky získané průzkumu, jenž byl součástí diplomové práce. Vzhledem k neprobádanosti tématu v České republice by ovšem bylo do budoucna přínosné věnovat se jak obecné populaci, tak rizikovým skupinám.

Výzkumníci (Griffiths et al., 2018; Nagata et al., 2019) například opakovaně mluví o nutnosti zaměřit se při výzkumu, diagnostice a následně i při terapii zejména na skupinu homosexuálních mužů, u nichž jsou symptomy PPP zpravidla závažnější než u mužů heterosexuálních. Toto by jistě bylo vhodné zvážit i při případné tvorbě norem pro jednotlivé diagnostické nástroje. Ve stávajícím vzorku nebyl dostatečný počet homosexuálních mužů, proto nebylo možné problematiku zkoumat. Kromě této rizikové skupiny by ovšem bylo vhodné zaměřit pozornost i na příslušnost k minoritě z hlediska kultury či barvy pleti. Vzhledem ke světové globalizaci by i tento faktor mohl být v naší zemi dnes relevantní.

Tato práce si kladla za cíl explorativně prozkoumat na vzorku mladých mužů výskyt symptomů klasických poruch příjmu potravy, muskulární dysmorfie a pomocí BIG prozkoumat spokojenost, respektive nespokojenost českých mužů s jejich postavou. Na výzkumné šetření by bylo možné navázat za použití většího reprezentativního vzorku, poněvadž výsledky získané na stávajícím vzorku není možné zobecnit na celou populaci českých mužů. Vhodné by bylo také provedení studie porovnávající klinický obraz, závažnost a další významné ukazatele u českých žen a mužů. Dále by bylo jistě vhodné standardizovat ať už v práci použité či jiné metody zjišťující přítomnost symptomů PPP u mužů. Standardizace diagnostických nástrojů a širší povědomí o mužských PPP by mělo vést k lepšímu zachycení jednotlivých případů v klinické praxi. Dalším krokem by tedy mohla být i studie zabývající se českými muži s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy a tím, jak se jim v naší kultuře s PPP žije a jaké se jim dostává péče. Tento trend kvalitativních studií zaměřených na klinickou populaci se stává populárním i ve světovém měřítku (Lewke – Bandara et al., 2020; Siegel & Sawyer, 2019) a po provedení základního kvantitativního výzkumu by bylo jistě logické navázat výzkumem kvalitativním.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo shrnutí poznatků o poruchách příjmu potravy u mladých mužů. V literárně přehledové části byly nejprve uvedeny základní informace o prevalenci, incidenci, průměrnému věku nástupu, mortalitě, faktorech podílejících se na vzniku poruch příjmu potravy u mužů a o možných komorbiditách s jinými onemocněními. Cílem diplomové práce bylo dále představit čtenáři v ucelené formě poznatky o jednotlivých poruchách příjmu potravy, zároveň s představením jednotlivých poruch byly popsány i jejich projevy specifické pro muže.

Diplomová práce se dále zabývala body image u mužů, protože narušení body image projevující se nespokojeností s vlastním tělem je typickým projevem poruch příjmu potravy (Bégin et al., 2019). Toto téma je pro práci stěžejní, poněvadž u mužů se kromě touhy po hubené postavě, která je dominantní u žen, objevuje také mnohem prominentnější touha po svalnatější postavě (Santarnecchi & Déttore, 2012). Tato touha, respektive přesvědčení o nedostatečné svalnatosti a velikosti těla, tvoří jádro muskulární dysmorfie, jež byla z tohoto důvodu zařazena až do této kapitoly.

Čtvrtá a zároveň poslední kapitola literárně přehledové části je věnována diagnostice a terapii poruch příjmu potravy u mužů. Kapitulu považujeme pro porozumění problematice mužských poruch příjmu potravy za zásadní, jelikož jsou v ní rozebrány úskalí diagnostiky PPP u mužů počínaje absencí nástrojů vytvořených specificky pro tuto populaci a konče nedostatečnými znalostmi odborníků (Thapliyal et al., 2020). Dále jsou v kapitole rozebrány možnosti terapie PPP včetně nutnosti vytvoření specifických léčebných programů pro muže.

Empirická část se soustředila na přítomnost symptomatologie poruch příjmu potravy u vzorku mladých mužů ve věku 18–30 let. Pro tuto část práce byly využity tři dotazníky za tímto účelem přeložené z anglického jazyka. Baterie byla doplněna o sociodemografické a další otázky relevantní pro zkoumanou problematiku. Z výsledku korelační analýzy vyplývá, že existuje pozitivní korelace mezi výskytem symptomů poruch příjmu potravy, jimiž se zabývá dotazník EDE-Q a výskytem symptomů muskulární dysmorfie. Nalezena byla také signifikantní korelace mezi klasickými poruchami příjmu potravy, jimiž se v práci myslí poruchy zařazené do DSM – 5, a BMI. Korelace byla pozitivní. Pozitivní korelace byla zjištěna taktéž mezi symptomy muskulární dysmorfie a BMI. U mužů s podezřením na poruchu příjmu potravy či muskulární dysmorfii tedy můžeme nalézt vyšší BMI, což je stále ještě pro mnohé odborníky pozoruhodné. Pozitivní korelace byla nalezena mezi symptomy poruch příjmu

potravy a nespokojeností s mírou tělesného tuku. Naopak negativní korelace byla nalezena mezi symptomy poruch příjmu potravy a nespokojeností s mírou svalnatosti. V tomto případě se však neprokázal statisticky signifikantní vztah mezi výsledky obou dotazníků a byla tedy přijata nulová hypotéza. Korelační analýza odhalila také pozitivní vztah mezi BMI a nespokojeností s mírou tuku. Naopak negativní byla korelace mezi hodnotou BMI a nespokojeností s procentem svalové hmoty.

Stávající diplomová práce je v České republice jednou z mála prací zmiňujících problematiku poruch příjmu potravy u mužů, ještě méně je pak prací zabývajících se výhradně tímto tématem. Jejím přínosem tedy může být i pouhé zpřístupnění informací o dané problematice českým čtenářům a rozšířením povědomí o tom, že poruchy příjmu potravy dnes nejsou výhradně ženským problémem. Diplomová práce by také mohla být podnětem k ucelenému výzkumu na populaci českých mužů. Rozšíření informací o této problematice by také ideálně mělo mít přesah do klinické praxe, jelikož je jistě nutné standardizovat diagnostické nástroje a zejména pak vytvořit terapeutický program zaměřený na muže, poněvadž, jak zjistily zahraniční studie, muži se v terapeutických programech vytvořených primárně pro ženy cítí izolovaně a osaměle (Thapliyal et al., 2020).

Seznam použité literatury

- Adams, G., Turner, H., & Bucks, R. (2005). The experience of body dissatisfaction in men. *Body Image*, 2, 271–283.
- Arditte Hall, K. A., Bartlett, B. A., Iverson, K. M., & Mitchell, K. S. (2017). Military-related trauma is associated with eating disorder symptoms in male veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 1328–1331.
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baghurst, T., & Lirgg, C. (2009). Characteristics of muscle dysmorphia in male football, weight training, and competitive natural and non-natural bodybuilding samples. *Body Image*, 6, 221–227.
- Bardone – Cone, A. M., Johnson, S., Raney, T. J., Zucker, N., Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2019). Eating disorder recovery in men: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 52 (12), 1370–1379.
- Barnes M. A., & Caltabiano M. L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders*, 22 (1), 177–184.
- Barthels F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2015). Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62 (10), 156–161.
- Bassett – Gunter, E., McEwan, D., & Kamarhie, A. (2017). Physical activity and body image among men and boys: A meta-analysis. *Body Image*, 22, 114–128.
- Bégin, C., Turcotte, O., & Rodrigue, Ch. (2019). Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a non – clinical sample of men. *Psychiatry Research*, 272, 319–325.

- Bento C., Pereira A. T., Maia B., Marques M., Soares M. J., Bos S., . . . Macedo, A. (2010). Perfectionism and Eating Behaviour in Portuguese Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18 (4), 328–327.
- Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta – analysis. *Body Image*, 8, 1–11.
- Brady, S. S. (2008). Lifetime Family Violence Exposure Is Associated With Current Symptoms of Eating Disorders Among Both Young Men and Women. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (3), 347–351.
- Bramon-Bosch, E., Troop, N. A., & Treasure, J. L. (2000). Eating Disorders in Males: A Comparison with Female Patients. *European Eating Disorders Review*, 8 (4), 321-328.
- Bratman S., & Knight D. (2000). *Health Food Junkies*. New York: Broadway Books.
- Brosof, L. C., Munn – Chernoff, M. A., Bulik, C. M., & Baker, J. H. (2019). Associations between eating expectancies and Eating disorder symptoms in men and women. *Appetite* 141, 1–7.
- Brytek – Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14 (1), 55–60.
- Brytek – Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3 (2), 1–8.
- Brytek – Matera, A., Fonte, M. L., Poggiogalle, E., Donini, L. M., & Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders*, 17 (4), 226–233.
- Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Curr Psychiatry Rep*, 19 (49), 1–10.
- Chaulet, S., Riquin, É., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 31, 113–145.

- Claudino, A.M., Pike, K. M., Hay, P., Keely, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., ... Reed., G. M. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD – 11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *Open Access*, 17 (93), 1–17.
- Coelho, J. S., Lee, T., Karnabi, P., Burns, A., Marshall, S., Geller, J., & Lam, P. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, 40 (6), 2–12.
- Coelho, J. S., Beach, B., O'Brien, K., Mashall, S., & Lam, P. (2019). Effectiveness of Family – Based Treatment fod Pediatric Eating Disorders in a Tertiary Care Setting. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7 (2), 105–115.
- Crisp, A. (2006). Anorexia nervosa in males: Similarities and differences to anorexia nervosa in females. *European Eating Disorders Review*, 14 (3), 163-167.
- Csipke, E., & Horne, O. (2007). Pro – Eating Disorder Websites: Users‘ Opinions. *European Eating Disorders Review*, 15, 196–206.
- Da Silva, W. R., Marôco, J., Ochner, Ch. N., & Alvares Duarte Bonini Campos, J. (2017). Male body dissatisfaction scale (MBDS): proposal for a reduced model. *Eat Weight Disorder*, 22 (3), 515–525.
- Dakanalis, A., Riva, G., Gaudio, S., & Clerici, M. (2017). Cognitive-behavioral or psychodynamic therapy for people with bulimia nervosa. *Eat Weight, Disord*, 22 (3), 555–556.
- Dakanalis, A., Timko, A., Favagrossa, L., Riva, G., Zanetti, A. M., & Clerici, M. (2014). Why Do Only a Minority of Men Report Severe Levels of Eating Disorder Symptomatology, When so Many Report Substantial Body Dissatisfaction? Examination of Exacerbating Factors. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22 (4), 292–305.
- Dakanalis, A., Zanetti, A.M., Riva, G., Colmegna, F., Volpato, Ch., Madeddu, F., & Clerici, M. (2015). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Moderating variables among men. *Journal of Health Psychology*, 20 (1), 80–90.
- Davis., H., & Attia, E. (2017). Pharmacotherapy of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 30 (6), 452–457.

- Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018). Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders? *American Journal of Men's Health*, 12 (5), 1746–1758).
- Diehl, B., & Baghurst, T. (2016). Bipsychological factors in drives for muscularity and muscle dysmorphia among personal trainers. *Cogent Psychology*, 3 (1), 1–56.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9 (2), 151–157.
- Dražilová, A. (2018). Ortorexie nervosa. (Bakalářská práce, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/100424>
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
- Fairburn, Ch. C., Bailey – Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64–71.
- Freeman, A. C. (2005). Eating disorders in males: A review. *South African Psychiatry Review*, 8, 58–64.
- Gadalla, T. M. (2009). Eating Disorders in Men: A Community – Based Study. *International Journal of Men's Health*, 8 (1), 72–81.
- Galioto, R., & Crowther, J. H. (2013). The effects of exposure to slender and muscular images on male body dissatisfaction. *Body Image*, 10, 566–573.
- Gianini, L., Foerde, K., Walsh, T. B., Riegel, M., Broft, A., & Steinglass, J. E. (2019). Negative affect, dietary restriction, and food choice in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 33, 49–54.
- Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring “Orthorexia.” Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12 (2), 1-18.

- Goldfield, G. S., Blouin, A. G., & Woodside, B. D. (2006). Body Image, Binge Eating, and Bulimia Nervosa in Male Bodybuilders. *Can J Psychiatry*, 51 (3), 160–168.
- Goldstein, M. A., Alinsky, R., & Medeiros, C. (2016). Males With Restrictive Eating Disorders: Barriers to Their Care. *Journal of Adolescent Health*, 59, 371–372.
- Greenberg, S. T., & Schoen, E. G. (2008). Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder Recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39 (4), 464–471.
- Griffen, T. C., Neumann, E., & Hildebrandt, T. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 66, 163–174.
- Griffiths, S., Brennan, L., O’Gorman, B., Goedel, W. C., Sheffield, J., Bastian, B., & Barlow, F. K. (2018). Experiences of weightism among sexual minority men: Relationships with Body Mass Index, body dissatisfaction, and psychological quality of life. *Social Science & Medicine*, 214, 35–40.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004) Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1, 169–181.
- Himmelstein, M. S., Puhl, E. M., Quinn, D. M. (2018). Weight Stigma in Men: What, When and by Whom? *Obesity*, 26, 968–976.
- Hocaoglu, C. (2015). Bulimia Nervosa in Males: A Case Report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28 (1), 77–83.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007), The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Hughes, E. K., Dean, C., & Sabura Allen, J. (2016). Measures of eating disorder symptoms, drive for muscularity, and muscle dysmorphia: Norms and typologies of Australian men. *Australian Journal of Psychology*, 68, 270–280.
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). Dostupné z: <https://icd.who.int/>

- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (3), 257-272.
- Jennings, K. M., & Phillips, K. E. (2017). Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q): Norms for a Clinical Sample of Males. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 73–76.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel, H. M., Kerrigan, S. G., & Forman, E. M. (2015). Could training executive function improve treatment outcomes for eating disorders? *Appetite*, 90, 187–193.
- Kaminski, P. L., Chapman, B. P., Haynes, S. D., & Own, L. (2005). Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. *Eating Behaviors*, 6, 179-187.
- Kinnaird, E., Norton, C., Pimblett, C., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). „There’s nothing for the guys“. Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 845–852.
- Kelly, N. R., Cotter, E., & Guidinger, C. (2018). Men who engage in both subjective and objective binge eating have the highest psychological and medical comorbidities. *Eating Behaviors*, 30, 115–119.
- Kelly, N. R., Cotter, E. W., Tanofsky-Kraff, M., & Mazzeo, S. E. (2015). Racial Variations in Binge Eating, Body Image Concerns, and Compulsive Exercise Among Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 16 (3), 326–336.
- Kesby, A., Maguire, S., Brownlow, R., & Grisham, J. R. (2017). Intolerance of Uncertainty in eating disorders: An update on the field. *Clinical Psychology Review*, 56, 94–105.
- Kjelsås, E., Augestad, L. B., & Flanders, D. (2003). Screening of males with eating disorders. *Eating Weight Disord.*, 8 (4), 304–310.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11, 385–394.
- Koven, N. S., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3 (2), 214–222.
- Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing.

- Kuennen, M. R., & Waldron, J. J. (2007). Relationships Between Specific Personality Traits, Fat Free Mass Indices, and the Muscle Dysmorphia Inventory. *Journal of Sport Behavior*, 30 (4), 453–470.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Lavender, J. M., De Young, K. P., & Anderson, D. A. (2010). Eating Disorder Examination Quesrtionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men. *Eating Behaviors*, 11, 119–121.
- Lavender, J. M., Gratz, K. L., & Anderson, D. A. (2012). Mindfulness, body image, and drive for muscularity in men. *Body Image*, 9, 289–292.
- Lewke – Bandara, R. S., Thapliyal, P., Conti, J., & Hay, P. (2020). „It also taught me a lot about myself“: A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery. *Journal of Eating Disorders*, 8 (3), 1–9.
- Linardon, J., & Messer, M. (2019). My fitness pal usage in men: Associations with eating disorder symptoms and psychosocial impairment. *Eating Behaviors*, 33, 13–17.
- Limbers, Ch. A., Cohen, A. L., & Gray, B. A. (2018). Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 111–116.
- Lydecker, J. A., & Grilo, C.M. (2018). Comparing men and women with binge – eating disorder and comorbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 411–417.
- Mangweth – Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Gusmerotti, S., Kemmler, G., & Blebl, W. (2010). Eating disorders in men: Current features and childhood factors. *Eating Weight Disorders*, 15 (1-2), 15–22.
- Mayo, C., & George, V. (2014). Eating Disorder Risk and Body Dissatisfaction Based on Muscularity and Body Fat in Male University Students. *Journal of American College Health*, 62 (6), 407–415.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675–685.

- Meule, A. (2019). Reconsidering the use of cut-off scores for the Eating Disorder Examination-Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 16, 1–5.
- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS ONE*, 10 (8), 1–15.
- Mond, J. M., Mitchison, D., & Hay, P. (2014) “Prevalence and implications of eating disordered behavior in men” in Cohn, L., Lemberg, R. (2014) *Current Findings on Males with Eating Disorders*. Philadelphia, PA: Routledge.
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17 (3), 191-198.
- Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., ... Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57, 1–11.
- Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., ... Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9, 193–200.
- Nagata, J. M., Capriotti, M. R., Murray, S. B., Compton, E. J., Griffiths, S., Bibbins – Domingo, K., . . . Lunn, M. R. (2019). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among cisgender gay men. *Eur Eat Disorders Rev*, 28, 92–101.
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo – Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 903–918.
- National Eating Disorders Association. (n.d- a.). *Statistics & Research on Eating Disorders*. [online]. [cit. 2019-08-30]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>
- National Eating Disorders Association. (n.d-b). *Risk Factors*. [online]. [cit. 2019-08-30]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>

National Eating Disorders Association. (n.d.-c). *Diabulimia*. [online]. [cit. 2019-08-30]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/diabulimia>

National Eating Disorders Association. (n.d.-d). *Rumination Disorder*. [online]. [cit. 2019-08-30]. Dostupné z: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/other/rumination-disorder>

Núñez-Navarro, A., Agüera, Z., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., Araguz, N., ... Fernánder-Aranda, F. (2012). Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality? *Eating Disorders. Review*, 20, 23–31.

Nurkkala, M., Keränen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Ikäheimo, T. M., Ahola, R., Pyky, R., ... Korpelainen, R. (2016). Disordered eating behavior, health and motives to exercise in young men: crosssectional population-based MOPO study. *BMC Public Health*, 16, 1–8.

Ochner C. N., Gray J. G., & Brickner, K. (2009). The development and initial validation of a new measure of male body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 10 (4), 197–201.

O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2002). Eating and Exercise Disorders in Young College Men. *Journal of American College Health*, 50 (6), 273–278.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.

Pavlová, B. (2008). *Eating Disorders: Epidemiology and Risk Factors*. (Disertační práce, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/99173/>

Procházková, J. (2018). Genderové aspekty Body image a nespokojenosti s vlastním tělem u neklinické populace. (Diplomová práce, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/103080>

Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, Ch., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2, 395–400.

- Quadflieg, N., Strobel, Ch., Naab, S., Voderholzer, U., & Fichter, M. M. (2019) Mortality in males treated for an eating disorder – A large prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 1365–1369.
- Quattlebaum, M., Burke, N. L., Higgins Neyland, M. K., Leu, W., Schvey, N. A., Pine, A., ... Tanofsky – Kraff, M. (2019). Sex differences in eating related behaviors and psychopathology among adolescent military dependents at risk for adult obesity and eating disorders. *Eating Behaviors*, 33, 73–77.
- Reas, D. L., Ro, O., Karterud, S., Hummelen, B., & Pedersen, G. (2013). Eating Disorders. in a Large Clinical Sample of Men and Women with Personality Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46 (8), 801–809.
- Rhea, D. J., Lantz, C. D., & Cornelius, A. E. (2004). Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). *Journal of Sports, Medicine and Physical Fitness*, 44 (4), 428–435.
- Sahlan, R. N., Taravatrooy, F., Quick, V., & Mond, J. M. (2020). Eating – disordered behavior among male and female college students in Iran. *Eating Behaviors*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101378>
- Sangha, S., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019) Eating Disorders in Males: How Primary Care Providers Can Improve Recognition, Diagnosis and Treatment. *American Journal of Men's Health*, 13 (3), 1–12.
- Santaracchi, E., & Dettore, D. (2012). Muscle dysmorphia in different degrees of bodybuilding activities: Validation of the Italian version of Muscle Dysmorphia Disorder Inventory and Bodybuilder Image Grid. *Body Image*, 9, 396–403.
- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Leonard, R., Wetterneck, Ch., Smith, B., Farrell, N., ... Thompson, K. J. (2018). Identifying a male clinical cutoff on the Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q). *Int J Eat Disord.*, 51, 1357–1360.
- Segura – García, C., Papalanni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., . . . Capranica L. (2012). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders*, 17 (4), 226–233.
- Sepúlveda, A. R., Rica, R., Moreno, A., Román, F. J., & Compte, E. (2019). Assessing the male body image: Spanish validation of two instruments. *Psychiatry Research*, 272, 483–490.

- Shope, M. M., Prows, S. D., Racine, S. E., & Culbert, K. M. (2020). Examining associations between emotional-based rash action and dysregulated eating symptoms in men and women. *Eating Behaviors, 37*, 1–5.
- Siegel, J. A., & Sawyer, K. B. (2019). „We Don’t Talk About Feelings or Struggles Like That“: White Men’s Experiences of Eating Disorders in the Workplace. *Psychology of Men & Masculinities, 1*, 1–12.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Cur Psychiatry Rep, 14*, 406–414.
- Smith, K. E., Mason, T. B., Murray, S. B., Griffiths, S., Leonard R. C., Wetterneck, Ch. T., ... & Lavender, J. M. (2017). Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 50*, 769–775.
- Södersten, P., Bergh, C., Brodin, U., & Zandian, M. (2017). Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. *Physiology & Behavior, 174*, 178–190.
- Spann, N., & Pritchard, M. E. (2008). Disordered eating in men: A look at percieved stress and excessive exercise. *Eating and weight disorders, 13* (2), 25–27.
- Steinert, Ch., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as OtherEmpirically Supported Treatments? A Meta-AnalysisTesting Equivalence of Outcomes. *American Journal of Psychiatry, 174* (10), 943–953.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, Ch., & DeAntonio, M. (2006). Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-Term ProspectiveOutcome in Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders, 39* (7), 570–575.
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford S. Ch., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders, 20* (5), 346–355.
- Strübel, J., & Petrie, T. A. (2020). Sexual Orientation, Eating Disorder Classification, and Men’s Psychosocial Well – Being. *Psychology of Men & Masculinities, 21* (2), 190–200.

- Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Gissler, M., Löfman, R., Linna, M. S., Raevuori, A., & Haukka, J. (2013). Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995–2010. *Psychiatry Research*, 210, 1101–1106.
- Thapliyal, P., Conti, J., Bandara, R. S. L., & Hay, P. (2020). „It exists“: An exploratory study of treatment experiences in men with eating disorders. *Australian Psychologist*, 1, 1–12.
- Tod, D., & Edwards, C. (2015). Relationships among muscle dysmorphia characteristics, body image quality of life, and coping in males. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18, 585–589.
- Tod, D., Edwards, Ch., & Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 179–188.
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117 (10), 1612–1617.
- Tucha, L. (2018). PSMNB-3: Eating Disorders, week 3, session 3 notes. [Course Presentation].
- Turner, H., Bryant – Waugh, R., Mashall, E., & Wood, F. (2019). Patient expectations, eating disorder severity and personality features: Impact on eating pathology in psychological therapy for eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 85–89.
- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 14 (59), 1–11.
- Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating Disorders in Adolescent and Young Adult Males: Presenting Characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 59 (4), 397–400.
- Walker, C. D., Anderson, D. A., & Hildebrandt, T. (2009). Body checking behaviors in men. *Body Image*, 6, 164–170.
- Wyssen, A., Bryjova, J., Meyer, A. H., & Munsch, S. (2016). model of disturbed eating behavior in men: The role of body dissatisfaction, emotion dysregulation and cognitive distortions. *Psychiatry Research*, 246, 9–15.

Zámečník, J. (2015). Poruchy příjmu potravy u chlapců a mladých mužů. (Bakalářská práce, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika). Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/64739>

Seznam grafů

Graf 1: Sexuální orientace	54
Graf 2: Rodinný stav	55
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání	55
Graf 4: Body Mass Index,.....	56
Graf 5: Počet dní v týdnu věnovaných cvičení/ fyzické aktivitě	56
Graf 6: Počet hodin denně věnovaných cvičení/ fyzické aktivitě	57
Graf 7: Rozložení skóre MDI	60
Graf 8: Fat Dissatisfaction	60
Graf 9: Muscle Dissatisfaction	61
Graf 10: Fat Attractiveness	62
Graf 11: Muscle Attractiveness	62

Seznam tabulek

Tabulka 1: Výsledky Eating Disorder Questionnaire Examination	58
Tabulka 2: Vnitřní konzistence (MDI)	59
Tabulka 3: Porovnání výsledků EDE-Q se studií Hughes et al. (2016)	69

Seznam zkratk

AN	Anorexie nervosa
APA	American Psychological Organisation
BDD	Body Dysmorphic Disorder
BED	Binge Eating Disorder
BIG	Bodybuilder Image Grid
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimie nervosa
DSM - 5	Diagnostický a statistický manuál - 5
EAT - 26	Eating Attitudes Test - 26
EDE – Q	Eating Disorder Examination Questionnaire
EDI	Eating Disorder Inventory
IPT	Interpersonální terapie
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MD	Muskulární dysmorfie
MDI	Muscle Dysmorphia Inventory
MKN – 10 (11)	Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 (11)
NEDA	National Eating Disorders Association
ON	Ortorexie nervosa
OSFED	Other Specified Feeding or Eating Disorder
PPP	Poruchy příjmu potravy

Příloha 1: Úvodní informace k dotazníkům

Inventář životního stylu mladých mužů

Dobrý den,

ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění následujících otázek zkoumajících životní styl mladých mužů v České republice se zaměřením zejména na jídelní návyky a na fyzickou aktivitu.

Vyplnění dotazníku bude trvat zhruba 12–20 minut. Veškerá data budou zpracována anonymně v rámci mé diplomové práce zpracovávané na Katedře psychologie FF UK. Nejsou zde žádné správné a špatné odpovědi.

Pokud byste se o výzkumu chtěli dozvědět více, neváhejte mě kontaktovat na emailové adrese drazilovaanna@atlas.cz.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Bc. Anna Dražilová

Příloha 2: Sociodemografický dotazník

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30

3. Sexuální orientace

- Heterosexuální
- Homosexuální
- Bisexuální

4. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské – bakalářské
- Vysokoškolské – magisterské
- Vysokoškolské – doktorské

5. Rodinný stav

- Nezadaný
- Ve vztahu/partnerství
- Ženatý

6. Jaká je Vaše aktuální váha (v kg)?

7. Jaká je vaše výška (v cm)?

8. Cvičíte/ věnujete se PRAVIDELNĚ ve svém volném čase nějaké fyzické aktivitě?

- Ano
- Ne

➤ Pokud ANO, kolik dní v týdnu aktivitu provozujete (1–7 dní)?

9. Kolik HODIN DENNĚ věnujete cvičení/fyzické aktivitě?

- 0 hodin
- 1–2 hodiny
- 3–4 hodiny
- 5–6 hodin
- Nad 6 hodin

10. Pokud jste na otázku 8 odpověděl ANO, napište prosím, jaké pohybové aktivitě se věnujete.

Příloha 3: Eating Disorder Examination Questionnaire

Pokyny: Následující otázky jsou zaměřeny pouze na poslední čtyři týdny (28 dní). Prosím, přečtěte si každou otázku pečlivě. Prosím, odpovězte na všechny otázky. Děkuji.

Otázky 1 až 12: Prosím, označte vhodnou možnost na škále. Pamatujte, že otázky se vztahují pouze na poslední čtyři týdny (28 dní).

	V kolika z posledních 28 dní ...	Ani jeden den	1–5 dní	6–12 dní	13–15 dní	16–22 dní	23–27 dní	Každý den
1	Pokoušel jste se záměrně omezit množství jídla, které jíte, abyste ovlivnil svou figuru či váhu (nezávisle na tom, zda jste uspěl)?	0	1	2	3	4	5	6
2	Nejedl jste po dlouhou dobu (8 či více hodin v bdělém stavu), abyste ovlivnil svou figuru či váhu?	0	1	2	3	4	5	6
3	Pokusil jste se vyřadit ze svého jídelníčku nějaká jídla za účelem ovlivnit svou figuru či váhu (nezávisle na tom, zda jste uspěl)?	0	1	2	3	4	5	6
4	Pokusil jste se dodržovat určitá pravidla týkající se stravování (například počet kalorií) za účelem ovlivnit svou figuru či váhu	0	1	2	3	4	5	6

	(nezávisle na tom, zda jste úspěšl)?							
5	Měl jste jasnou touhu mít prázdný žaludek za účelem ovlivnění své formy či váhy?	0	1	2	3	4	5	6
6	Toužil jste mít úplně ploché břicho?	0	1	2	3	4	5	6
7	Působily vám myšlenky na jídlo, jezení či kalorie velké potíže se soustředit na věci, které vás zajímají (například práci, sledování konverzace nebo čtení)?	0	1	2	3	4	5	6
8	Působily vám myšlenky na figuru či váhu velké potíže se soustředit na věci, které vás zajímají (například práci, sledování konverzace nebo čtení)?	0	1	2	3	4	5	6
9	Měl jste strach z toho, že ztratíte kontrolu nad příjmem potravy?	0	1	2	3	4	5	6
10	Měl jste strach z toho, že můžete přibrat na váze?	0	1	2	3	4	5	6
11	Cítil jste se tlustý?	0	1	2	3	4	5	6

12	Měl jste silnou touhu zhubnout?	0	1	2	3	4	5	6
----	------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Otázky 13 až 18: Prosím, vyplňte vhodné číslo do vyčleněného prostoru. Pamatujte, že otázky se vztahují pouze na poslední čtyři týdny (28 dní).

V posledních 28 dnech ...

13. Kolikrát za posledních 28 dní jste snědli množství jídla, které by jiní lidé považovali za nezvykle velké (vzhledem k okolnostem)?

14. ... Během kolika z těchto příležitostí jste měl pocit ztráty kontroly nad příjmem potravy (ve chvíli, kdy jste jedl)?

15. Jaký byl počet dní, kdy se takové epizody přejídání odehrály (tj. snědl jste nezvykle velké množství jídla a měl při tom pocit ztráty kontroly)?

16. Kolikrát za posledních 28 dní jste si vyvolal nevolnost (zvracení) jako způsob kontroly nad svou figurou či váhou?

17. Kolikrát za posledních 28 dní jste užil laxativa (projímadla) jako prostředek kontroly nad svou figurou či váhou?

18. Kolikrát jste za posledních 28 dní účelově nebo kompulzivně cvičil, abyste tak kontroloval svou figuru, váhu, množství tuku či spalování kalorií?

Otázky 19 až 21: Prosím, označte vhodné číslo na škále. Prosím, vezměte na vědomí, že pro tyto otázky termín „přejídání“ znamená jezení množství jídla, které by ostatní považovali za nezvykle velké vzhledem k okolnostem, doprovázené pocitem ztráty kontroly.

		Ani jeden den	1–5 dní	6–12 dní	13–15 dní	16–22 dní	23–27 dní	Každý den
--	--	---------------------	---------	----------	--------------	-----------	--------------	-----------

19	Během kolika dní z posledních 28 jste jedl potají? Nezahrnujte epizody přejídání.	0	1	2	3	4	5	6
		Ani jedenkrát	Párkrát	Méně než v polovině případů	V polovině případů	Více než v polovině případů	Ve většině případů	Pokaždé
20	Během kolika příležitostí, kdy jste takto jedl, jste si připadal provinile (že, jste udělal něco špatného), kvůli dopadu na vaši figuru či váhu? Nezahrnujte epizody přejídání.	0	1	2	3	4	5	6
		Vůbec		Trochu	Středně		Výrazně	
21	Jak moc jste se během							

	posledních 28 dní obával toho, že vás jiní lidé vidí jíst? Nezahrnujte epizody přejídání.	0	1	2	3	4	5	6
--	--	---	---	---	---	---	---	---

Otázky 22 až 28: Prosím, označte vhodné číslo na škále. Pamatujte, že otázky se vztahují pouze na poslední čtyři týdny (28 dní).

	Během posledních 28 dní ...	Vůbec	Trochu		Středně		Výrazně	
22	Ovlivnila vaše váha to, jak o sobě přemýšlíte (soudíte sami sebe) jako o osobnosti?	0	1	2	3	4	5	6
23	Ovlivnila vaše figura to, jak o sobě přemýšlíte (soudíte sami sebe) jako o osobnosti?	0	1	2	3	4	5	6
24	Jak moc by vás rozrušilo, kdyby vás někdo požádal, abyste se vážil jednou za týden (ne méně ani	0	1	2	3	4	5	6

	častěji) během dalších čtyř týdnů?							
25	Jak nespokojen jste byl se svou váhou?	0	1	2	3	4	5	6
26	Jak nespokojen jste byl se svou figurou?	0	1	2	3	4	5	6
27	Jak nepříjemně vám bylo při pohledu na vaše tělo (například v zrcadle, ve výloze obchodů, během svlékání či sprchování)?	0	1	2	3	4	5	6
28	Jak nepříjemně jste si připadal, když vaši figuru viděli ostatní (například ve společných šatnách, při plavání nebo v upnutém oblečení)?	0	1	2	3	4	5	6

Příloha 4: Muscle Dysmorphia Inventory

Tato stupnice měří velké množství postojů, pocitů a chování. Přečtěte si každou větu pečlivě a následně vyberte a označte stupeň, do jakého je dané tvrzení charakteristické či pravdivé pro vás. Žádná odpověď není správná ani špatná, proto vás prosím o co nejupřímnější odpověď.

		Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Obvykle	Vždy
1	Reguluji svůj kalorický příjem tak, abych maximálně podpořil tvorbu svalů.						
2	Před cvičením konzumuji energetické doplňky.						
3	Dodržuji přísný rozvrh cvičení.						
4	Pečlivě sleduji svůj jídelníček za účelem omezení příjmu tuků.						
5	Nosím volné oblečení, abych skryl míru svého osvalení před ostatními.						
6	Obávám se ztráty svalové hmoty.						
7	Užívám doplňky stravy, abych napomohl zotavení po vysilujícím cvičení.						

8	Kontroluji příjem proteinů, karbohydrátů a tuků, abych maximalizoval tvorbu svalstva.						
9	Využívám doplňky stravy za účelem zlepšení svého výkonů ve vzpírání/cvičení.						
10	Mé cvičení je navrženo tak, aby vedlo k maximálnímu nárůstu svalové hmoty.						
11	Obávám se, že vypadám malý.						
12	Využívám nutriční doplňky, aby mi pomohly cvičit i navzdory zraněním.						
13	Vadí mi, když vynechám naplánované cvičení.						
14	Raději cvičím, když mne nikdo nevidí.						
15	Nárůst svalové hmoty je pro mě důležitý.						
16	Můj jídelníček je rozvržený do té míry, že						

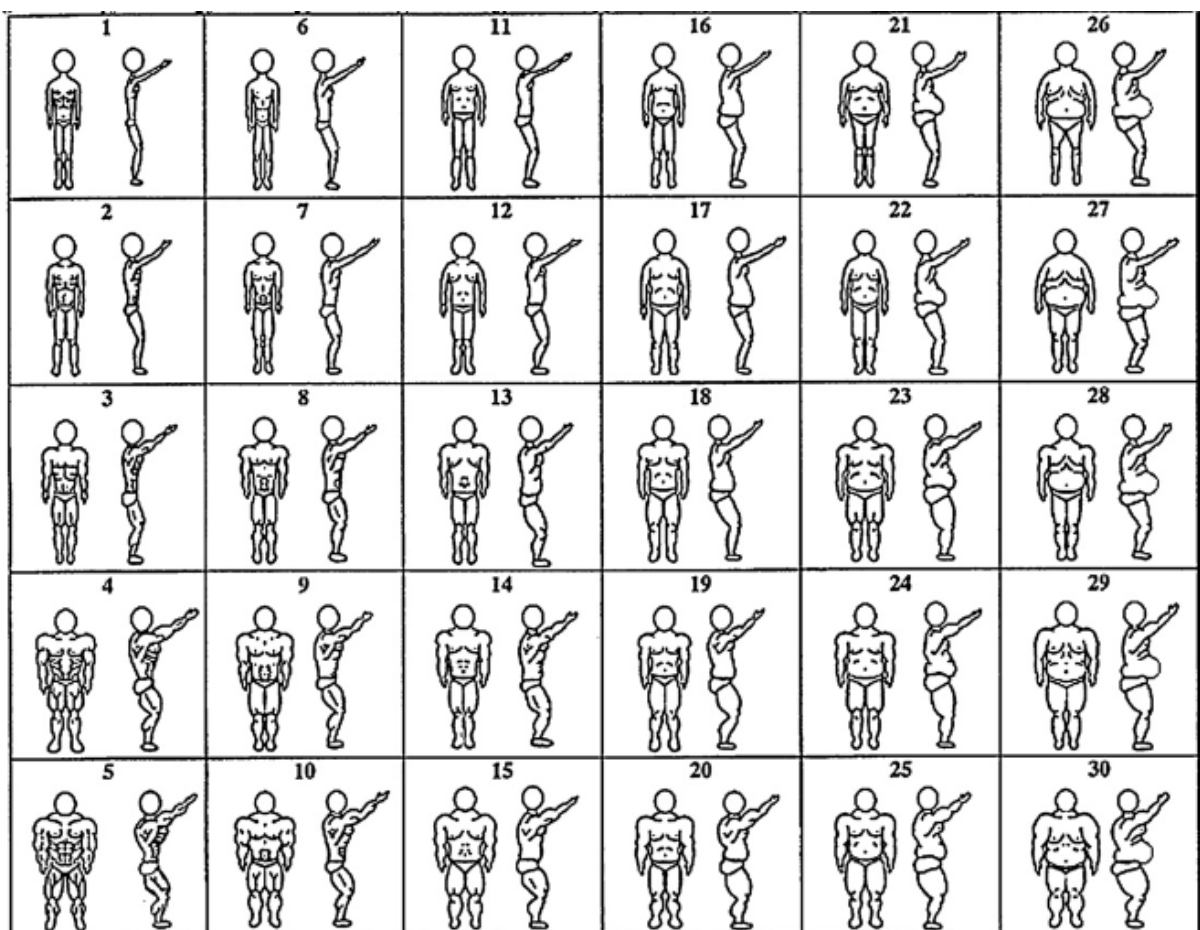
	jím stejné jídlo několik dní v kuse.						
17	Budu mít užitek z toho, že budu mít velké svaly.						
18	Je pro mne obtížné zrušit naplánovaný den tréninku.						
19	Vyhýbám se jídlům bohatým na sodík.						
20	Toužím mít větší (rozměrnější/svalnatější) postavu.						
21	Vyhýbám se situacím, kdy by jiní sportovci mohli vidět mé svaly.						
22	Nosím oblečení, které mi pomáhá skrýt velikost mé figury.						
23	Je pro mě důležité, aby ostatní sportovci viděli, jak jsem svalnatý.						
24	Byl bych raději, kdyby ostatní neviděli úroveň mého svalového rozvoje.						
25	Užívám steroidy.						
26	Užívám laxativa (projímadla).						

27	Užívám diuretika (přípravky navozující zvýšené vylučování moči).						
----	--	--	--	--	--	--	--

Příloha 5: Bodybuilder Image Grid

Nyní Vás budou čekat čtyři otázky využívající 30 obrázků. V každé otázce, prosím, označte jednu postavu.

1. Označte obrázek, který nejlépe vystihuje Vaši současnou postavu.
2. Označte obrázek, který nejlépe vystihuje Vaši ideální představu o Vaší postavě (jak byste chtěl vypadat).
3. Označte obrázek, na němž je dle Vašeho názoru nejatraktivnější postava.
4. Označte obrázek, na němž je postava, kterou podle Vás budou ženy považovat za nejatraktivnější.



Příloha 6: Závěrečné otázky

Měl jste někdy pocit, že by bylo dobré vyhledat kvůli Vašemu cvičení/stravování odbornou pomoc?

- Ano
- Ne

Vyhledat jste někdy kvůli Vašemu cvičení/stravování odbornou pomoc?

- Ano
- Ne

Příloha 7: Pohybové a sportovní aktivity

Pohybová/ sportovní aktivita	Počet probandů věnujících se této aktivitě
Běh	47
Posilování	35
Plavání	21
Fitness	14
Lezení	11
Florbal	11
Vzpírání	10
Volejbal	9
Chůze	6
cyklistika	6
Silový trénink	6
Workout	6
Kalistenika	5
Fotbal	5
Atletika	5
Box	5
Powerlifting	5
Cvičení s vlastní vahou	4
Boulder	4
Gymnastika	3
Jóga	3
Snowboarding	3
Squash	3
Turistika	3
Lyžování	2
Hokej	2
Parkour	2
Tanec	2
Tenis	2
Stolní tenis	2
Crossfit	1

Brusle	1
Core cviky	1
Body jump	1
Míčové sporty	1
Rehabilitační cvičení	1
Lacrosse	1
Vodní slalom	1
Lukostřelba	1
Kruhový trénink	1
Běžky	1
Basketbal	1
Skydiving	1
Bodybuilding	1
Střelba	1
Jiu jitsu	1
Golf	1
Canicross	1
Scooterjöring	1
Spartan Race	1
Házená	1
Bojová umění	1
Fyzická námaha	1
Sex	1

Příloha 8: Výsledky korelační analýzy (Jamovi)

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		EDE Q	BMI
EDE Q	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
BMI	Spearman's rho	0.235**	—
	p-value	0.002	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		EDE Q	MDI
EDE Q	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
MDI	Spearman's rho	0.273***	—
	p-value	< .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		EDE Q	Fat Dissatisfaction
EDE Q	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Fat Dissatisfaction	Spearman's rho	0.250**	—
	p-value	0.001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		EDE Q	Muscle Dissatisfaction
EDE Q	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
Muscle Dissatisfaction	Spearman's rho	−0.120	—
	p-value	0.127	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		MDI	BMI
MDI	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
BMI	Spearman's rho	0.276***	—
	p-value	< .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		Fat Dissatisfaction	BMI
Fat Dissatisfaction	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
BMI	Spearman's rho	0.322***	—
	p-value	< .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		Muscle Dissatisfaction	BMI
Muscle Dissatisfaction	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
BMI	Spearman's rho	−0.252 **	—
	p-value	0.001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$